

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Ε Ρ Ε Υ Ν Α

Θ Ε Μ Α: "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Κα ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΣΠΗΛΙΩΤΗ ΧΡΥΣΟΥΔΑ

ΣΤΑΜΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΣΥΡΜΗ ΣΠΥΡΙΔΟΥΔΑ

ΤΑΛΑΓΚΑΣ ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ



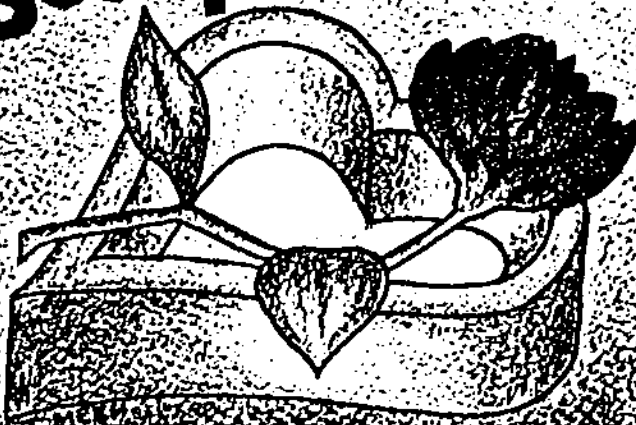
Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 3

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	955 A
----------------------	-------

**αντίο
καπνισμα**



**καλημέρα
ζωή**



ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1987

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την Κα Παπαδημητρίου Μαρία καθηγήτρια των Τ.Ε.Ι. Πατρών, για τη βοήθεια που μας πρόσφε ε κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μας έρευνας, καθώς επίσης την επιτροπή εξέτασης, τη διευθύντρια του 4ου Τ.Ε.Α. Πάτρας Κα Κουμπουρλή Αικατερίνη και τον Κο Τσαπακίδη Νικόλαο καθηγητή του ίδιου Τ.Ε.Α. για την παραχώρηση άδειας με σκοπό τη διανομή των ερωτηματολογίων στους μαθητές τους. Τέλος ευχαριστούμε την Κα Χα Βέλα τομεάρχη του γενικού νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" για τη πολύτιμη βοήθεια της.

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Αφιερώνουμε την πτυχιακή μας έρευνα στον Πανελλήνιο
αντικαπνιστικό αγώνα.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	
ΑΦΙΕΡΩΜΑ	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	3
1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία	4-5
1.2. Ιστορία καπνού	5-8
1.3. Τύποι που καλλιεργούνται στην Ελλάδα	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.1. Χαρακτηριστικά και χημική σύσταση του καπνού	9
2.2. Προϊόντα καπνίσματος.	10
2.3. Προϊόντα καύσεως καπνού και επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα.	11-12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
3.1. Παραγωγή - εισαγωγή - κατανάλωση καπνιστικών προϊόντων.	13
3.2. Προέλευση χρησιμοποιημένων καπνών απο την ελληνική καπνοβιομηχανία.	13-14
3.3. Εισαγωγές - εξαγωγές καπνιστικών προϊόντων.	14
3.4. Δασμός και λοιπές επιβαρύνσεις καπνιστικών προϊόντων και καπνών σε φύλλα τα οποία εισάγονται απο το εξωτερικό.	14-15
3.5. Καπνοβιομηχανίες και τσιγάρα.	15
3.6. Συνολικές εισπράξεις απο τη πώληση καπνιστικών προϊόντων - έσοδα του κράτους.	15-16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
4.1. Γενικά περί νικοτίνης	17-18
4.2. Επιδράσεις της νικοτίνης στον οργανισμό	18-21
4.3. Το μονοξειδίο του άνθρακα.	21-22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. Αιτιολογία - έναρξη καπνίσματος	23-24
5.2. Εξάρτηση - εθισμός του καπνίσματος	24-26
5.3. Υποτροπή	26-29
5.4. Αντοχή - εξάρτηση - σύνδρομο στερήσεως.	29-31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

6.1. Γενικά περί παθητικού καπνίσματος	32-33
6.2. Παθητικό κάπνισμα και ενήλικοι	33
6.3. Επίδραση του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά	33-35
6.4. Μέτρα προστασίας και δικαιώματα των μη καπνιστών.	35-36
6.5. Τι κερδίζουν οι καπνιστές	36-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

7.1. Γυναίκα και κάπνισμα	39-41
7.2. Προστασία - εκπαίδευση	41-42
7.3. Αντίσταση στις πιέσεις - υποστήριξη	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

8.1. Κάπνισμα και διαφήμιση	43-45
8.2. Η επιδημία κτου καπνίσματος στην Ελλάδα	45-46
8.3. Αγώνας κατά του καπνίσματος - εμπόδια	46-52
8.4. Παρέμβαση υγειονομικών ομάδων (νοσηλεύτές- γιατροί).	52-54
8.5. Η ευθύνη της πολιτείας	54-56
8.6. Κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό αντικαπνιστικών προγραμμάτων.	56-58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

9.1. Συμβουλές για ανεξαρτοποίηση απο το κάπνισμα	59-71
9.2. Κατευθύνσεις για τη μόνιμη διακοπή του κα- πνίσματος.	71-73
9.3. Θεραπευτικά προγράμματα	74-75

9.4. Πως θα προφυλαχθούμε απο τις βλάβες του καπνίσματος.	75-76
9.5. Κατασταλτικά του καπνίσματος.	76-80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

10.1 Κλινική εικόνα καπνιστή - μελλοντικές ασθένειες.	81
10.2. Καρκινογένεση.	81-82
10.3. Κάπνισμα και βλάβες της καρδιάς και των αρτηριών.	82-85
10.4. Επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα.	85-86
10.5. Επιδράσεις στο ανοσοβιολογικό σύστημα	86-87
10.6. Επιδράσεις στα υπόλοιπα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού.	87

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1.1. Ανατομία και φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος.	88
1.2. Ρινικές κοιλότητες	88-89
1.3. Παραρινικές κοιλότητες ή κόλποι	89
1.4. Φάρυγγας.	89-91
1.5. Λάρυγγας.	91-92
1.6. Τραχεία - Βρόγχοι.	92
1.7. Πνεύμονες.	92-93
1.8. Βρογχιόλια-Κυψελίδες.	93-94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

2.1. Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος οφειλόμενες στο κάπνισμα.	95
A. Εισαγωγή.	95
B. Ιστορικό.	96-97

Γ. Οικογενειακό ιστορικό.	97-100
Δ. Φυσική εξέταση.	100-101
Ε. Αργοποριακές εξετάσεις	101
2.2. Παθήσεις λάρυγγα.	
Λαρυγγίτιδες	102
Α. Γενικά	102-103
Β. Χρόνια λαρυγγίτιδα.	103
Γ. Εκτίμηση της καταστάσεως του αρρώστου με οξεία και χρόνια λαρυγγίτιδα.	103
Δ. Προβλήματα του αρρώστου.	103
Ε. Νοσηλευτική αντιμετώπιση	103-104
ΣΤ. Σκοπόν φροντίδα	104
Ζ. Αξιολόγηση	105
Η. Θεραπεία.	105
2.3. Καρκίνος του Λάρυγγα.	106
Α. Γενικά	106
Β. Προδιαθεσικοί παράγοντες.	106-107
Γ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου με καρκί- νο του λάρυγγα.	107-108
Δ. Διαγνωστικές εξετάσεις	108
Ε. Προφύλαξη.	108
ΣΤ. Θεραπεία.	108-109
Ζ. Χειρουργική παρέμβαση.	109-110
2.4. Χρόνια βρογχίτιδα.	110
Α. Γενικά	110-112
Β. Παθολογική ανατομία	113
Γ. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου απο χρόνια βρογχίτιδα.	113-114
Δ. Αιτίες	114-116
Ε. Προβλήματα του αρρώστου.	116

ΣΤ. Συμπτώματα χρόνιας βρογχίτιδας	116-118
Ζ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση	118
Η. Αξιολόγηση	119
Θ. Διάγνωση	119-120
Ι. Επιπλοκές	120-121
ΙΑ. Θεραπείες	121
ΙΒ. Πρόληψη.	121-122
2.5. Πνευμονικό Εμφύσημα.	123
Α. Γενικά.	123-124
Β. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου με πνευμονικό εμφύσημα.	125-
Γ. Αίτια.	125-126
Δ. Συμπτώματα - Διάγνωση	126
Ε. Προβλήματα αρρώστου.	127
ΣΤ. Σκοποί της φροντίδας	127-128
Ζ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση	128-129
Η. Αξιολόγηση	129
Θ. Επιπλοκές.	130
Ι. Θεραπείες	130-131
Ια. Πρόληψη	131-132
2.6. Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.	133
Α. Εκλυτικοί Παράγοντες	133
Β. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου απο οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.	134
Γ. Διάγνωση	134-135
Δ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση.	135
Ε. Θεραπείες.	135-137
ΣΤ. Επιπλοκές κατά τη θεραπεία.	137-138
Ζ. Πρόγνωση.	138

2.7. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.	139
Α. Γενικά	139-140
Β. Παθολογική φυσιολογία	140-141
Γ. Κλινικά σύνδρομα	141-145
Δ. Θεραπεία.	145-148
2.8. Καρκίνος του Πνεύμονα.	149
Α. Γενικά.	149-150
Β. Παθολογική ανατομία.	150-151
Γ. Εκτίμηση κατάστασης του αρρώστου και του πνεύμονα.	151-153
Δ. Αίτια του πνεύμονα.	153-157
Ε. Κλινικές εκδηλώσεις	157-159
ΕΤ. Προβλήματα του αρρώστου	159
Ζ. Διάγνωση - Σταδιοποίηση.	159-162
Η. Παρέμβαση.	162
Θ. Σκοπός της φροντίδας	162-163
Ι. Θεραπεία.	163-165
Ια. Πρόληψη.	165-166

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος	167
Αποτελέσματα έρευνας.	
Συζήτηση	168-169
Προληπτικά μέτρα κατά του καπνίσματος.	170-171
Μηνύματα-Υπομνήσεις.	171-173
Προτάσεις	174-175
Επίλογος	176
Περίληψη	177-178
Παράρτημα και Ερωτηματολόγιο	
Βιβλιογραφία	179-186

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Δεν υπάρχει, σ'όλη την ιστορία της Ανθρωπότητας, άλλη συνήθεια που να είχε και να έχει τόσο έκταση και που να έχει τόσες πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου, όσο το κάπνισμα. Τα ναρκωτικά αφορούν μικρή μερίδα ανθρώπων παρ'ότι τελευταία αυξάνει η διάδοσή τους. Ακόμη και το οινόπνευμα που σε πολλές κοινωνίες οδηγεί σημαντικό αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό δεν είναι ούτε κατά προσέγγιση τόσο διαδεδομένο όσο το κάπνισμα, που εκτείνεται σε όλες τις ηλικίες απο νεαρωτάτης μέχρι βαθέως γήρατος. Ούτε με την πολλαπλότητα των συνεπειών συγκρίνεται με οποιαδήποτε άλλη βλαπτική συνήθεια.

Δεν περιορίζεται δε η επίδραση του σ'όσους καπνίζουν πεισματικά, παρά τη γνώση που όλο και διαδίδεται σ'ευρύτερα στρώματα, αλλά κατά πρωτοφανή στα χρονικά τρόπο επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν. Οι καπνιστές επιβάλλουν και στους γύρω τους τον καπνό, στον χώρο εργασίας, στα εστιατόρια και άλλους τόπους συγκεντρώσεων και διασκέδασεων, στα σπίτια όπου μικρά παιδιά αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό των γονέων τους, σα να μη δικαιούνται το απλούστερο αγαθό που είναι ο καθαρός αέρας. Ακόμη και τα έμβρυα αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό της μητέρας τους, που δεν μπορεί να στερηθεί της "απολαύσεως" του καπνού, ούτε προς χάριν του μωρού που περιμένει.

Είναι δε τραγικό ότι ο άνθρωπος τίποτε άλλο δεν κάνει με τόσο επιμέλεια όσο το να καπνίζει. Δεν αφήνει στιγμή να του διαφύγει, που να μην καίει επιμελώς και συστηματικά τους πνεύμονές του. Δυστυχώς είναι πολύ δύσκολο ν' απαλλαγεί κανείς απο τόσο ισχυρή συνήθεια. Είναι όμως ευκολώτερο να προσπαθήσει, αν είχε διαφωτισθεί για τα

κακά που οπωσδήποτε τον περιμένουν. Υπάρχουν επ' αυτού πρόσφατα δεδομένα: η τάξη των ιατρών και στη Μ.Βρετανία και στις Η.Π.Α. έχει μειώσει το κάπνισμα σημαντικά.

Όλοι όσοι έχουν ευθύνη διαφωτισμού του κοινού, πρέπει αδιαλείπτως και με κάθε τρόπο να εργασθούν.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία χρειάζεται τη συμμετοχή πολλών ομάδων ανθρώπων. Ενώ άρχισε με αρκετή ένταση προετών, ανεκόπη για λόγους πολιτικών συγκυριών και κατά τη γνώμη μας άστοχων κοινωνικοπολιτικών σκοπιμοτήτων. Τα μέσα ενημερώσεως εμφανίζουν το πρωτοφανές, διεθνώς, θέαμα των καπνιζόντων κυβερνητικών και διοικητικών παραγόντων, μ' επικεφαλής τους δημοσιογράφους. Κάποια αραιά προβολή αντικαπνιστικών συνθημάτων έχει ήδη υπερκαλυφθεί από την εικόνα αυτή, μπροστά στους φακούς των τηλεοράσεων. Η πρόσφατη επιστροφή της Πολιτείας στην εφαρμογή μιάς νέας, εντατικής αντικαπνιστικής πολιτικής δημιουργεί κάποιο αίσθημα αισιοδοξίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Δεδομένα απο μεγάλες προοπτικές μελέτες πληθυσμού σε αρκετές χώρες δείχνουν ότι οι άνδρες που καπνίζουν τσιγάρα εμφανίζουν 30-80% υψηλότερη συχνότητα θανάτων απο όσο οι μη καπνιστές. Αυτή η αυξημένη θνησιμότητα υφίσταται σε όλες τις ομάδες ηλικίας πάνω απο 35 ετών. Σε μία μελέτη δεικτική, ότι το 40% των ανδρών ηλικίας άνω των 35 ετών, οι οποίοι καπνίζουν πάνω απο 25 τσιγάρα την ημέρα πέθαναν πριν απο την ηλικία των 65 ετών, ενώ οι μη καπνιστές έχουν ένα 15% αυξημένο ποσοστό ετών. Η αύξηση της θνησιμότητας σε γυναίκες καπνίστριες ήταν κάπως μικρότερη απο εκείνη των ανδρών, αν και πρόσφατα αυξάνεται το ποσοστό. Υφίσταται μία ισχυρή σχέση δόσεως-ανταποκρίσεως μεταξύ της εκθέσεως στα φύλλα καπνού και της αυξημένης θνησιμότητας, όπως υπολογίζεται κατά ηλικία έναρξης καπνίσματος καταναλώσεως τσιγάρων και εισπνοής καπνού. Η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται απο πτώση της αυξημένης θνησιμότητας.

Όλη αυτή η αύξηση οφείλεται στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, στην έλλειψη ικανής διαφώτισης, στην έλλειψη διαπαιδαγωγικών προγραμμάτων. Επιδημιολογικά πιστεύουν στις ακόλουθες απόψεις:

- α) Η συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με το ημερήσιο αριθμό τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας του καπνίσματος.
- β) Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου είναι ο μαλπιγγιακός.
- γ) Ο κίνδυνος του καρκίνου είναι περισσότερο αυξημένος για όσους εισπνέουν το καπνό.
- δ) Ο καρκίνος αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του καπνίσματος ενός τσιγάρου και ο κίνδυνος μειώνεται με τη χρήση φίλτρων και τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα πίσσας και

νικοτίνης όπως επίσης και το κάπνισμα πούρου.

Αναφέρουμε παρακάτω μερικά σημαντικά επιδημιολογικά στοιχεία:

- Εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν τα παιδιά τους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με παιδιά μη καπνιστών γονέων.
- Παιδιά που έχουν πατέρα και μεγαλύτερο αδελφό καπνιστή ή αδελφή έχουν 4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με παιδιά που δεν καπνίζουν ο πατέρας και ο,η αδελφός τους.
- Εάν υπάρχει ένας μόνο από τους γονείς στο σπίτι που καπνίζει (διαζύγιο, θάνατος) η πιθανότητα που έχει το παιδί να γίνει καπνιστής είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα παιδιά που έχουν και τους δύο γονείς τους.
- Όσοι περισσότερη εκπαίδευση έχουν οι γονείς τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα των παιδιών να γίνουν καπνιστές.

1.2. ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΠΝΟΥ

Από ότι είναι γνωστό οι ερυθρόδερμοι της Β.Αμερικής χρησιμοποιούσαν το καπνό στις τελετές τους, καπνίζοντας τον μέσα σε μεγάλες πίπες από τους πρώτους μ.χ. αιών. Η χρήση του καπνού διαδόθηκε σ'όλους τους ιθαγενείς της Αμερικής από όπου οι Ισπανοί έφεραν σπόρους του φυτού στην Ισπανία κατά τα εξερευνητικά τους ταξίδια. Το όνομα νικοτιάνα δόθηκε στο καπνό του φυτού αρχικά από το βοτανολόγο LONITZER που χάρισε το 1565 το φυτό στον JEAN NICOT πρεσβευτή της Γαλλίας στη Πορτογαλλία. Αυτός διαπίστωσε τις ιδιότητες του καπνού και συνέστησε τη χρήση του σαν φάρμακο στην αυτοκράτειρα Αικατερίνη των Μεδίκων, που

έπασχε απο πονοκέφαλους. Αυτό αποτέλεσε την αρχή της διαδόσεως του καπνού στην Ευρώπη, που στην αρχή πάρθηκαν αυστηρά μέτρα για την μη χρησιμοποίησή του τόσο στη Γαλλία όσο και σε άλλες χώρες. Πολύ σύντομα όμως διαδόθηκε η καλλιέργειά του και έπαψε η αντίδραση απο τα κράτη, γιατί άρχισαν να εισπράττουν μεγάλα ποσά απο τη κατανάλωσή του. Το όνομα νικοτιάνα καθιερώθηκε απο τους μετέπειτα βοτανολόγους DELACHAMP, TOURNÉFORT και τέλος απο το Λινέα. Ο καπνός την εποχή εκείνη αποτελούσε πολυτέλεια και προνόμιο των πλουσίων και η χρήση του έπαιρνε στοιχείο ταξικής διακρίσεως. Η διάδοση του καπνίσματος περικλείει και δραματικές ιστορίες όπως εκείνη, του Ιάκωβου του 6ου αιών. της Σκωτίας, ο οποίος αποκεφάλισε υπουργό του γιατί αρνήθηκε να κόψει το κάπνισμα πίπας των οθωμανών, οι οποίοι κρέμαγαν τους καπνιστές της τσαρικής Ρωσίας, όπου ραβδίζονταν αυτοί που κάπνιζαν δημοσίως κ.τ.λ. Το 1568 ο ΒΕΚΡΟΚΙ ονόμασε το καπνό και το κάπνισμα "κακό και ωλέθριο κακό απο το διάβολο". Στην χώρα μας ο καπνός καλλιεργείται απο την εποχή της τουρκοκρατίας κυρίως στη Μακεδονία όπου οι αυτόχθονες Έλληνες έμαθαν την καλλιέργειά του απο τους Τούρκους. Αργότερα οι Έλληνες πρόσφυγες απο τη Μ.Ασία απο τη Σαμψούντα, Τραπεζούντα και Μπάρφα, έδωσαν μεγάλη ώθηση στη καπνοκαλλιέργεια.

Μέσα στον 17ο αιώνα η χρήση του καπνού αυξάνεται συνεχώς αλλά γίνεται κυρίως με το κάπνισμα πίπας ή πούρου, μάσηση των φύλλων ή εισπνοή της σκόνης τους. Τσιγάρα κατασκευάζονται πρώτη φορά στη Βραζιλία στα μέσα του 18ου αιώνα και πολύ γρήγορα επικράτησαν σαν τρόπος κατανάλωσης του καπνού. Το κάπνισμα των τσιγάρων διαδόθηκε

πολύ στη διάρκεια του 1ου Παγκοσμίου Πολέμου στους άντρες και μετά το 2ο Παγκόσμιο στις γυναίκες. Η κατανάλωση των τσιγάρων μετά την επικράτησή τους το 1920 παρουσιάζει σημαντική αύξηση. Στοιχεία από τις Η.Π.Α. δείχνουν ότι η κατά καπνιστή κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1923-1963, ενώ από το 1964, (χρονιά που δημοσιεύεται η πρώτη μελέτη στην Αμερική για το κάπνισμα και την υγεία (SURGEON GENERAL REPORT), αρχίζει να ελαττώνεται. Στοιχεία από την Αγγλία, δείχνουν παρόμοιες τάσεις. Το 1962 δημοσιεύτηκε το COLLEGE REPORT για το κάπνισμα και την υγεία στην Αγγλία και ο αριθμός των τσιγάρων ανά άντρα καπνιστή μειώθηκε ενώ δεν επηρεάστηκε για τις γυναίκες καπνίστριες. Στοιχεία του υπουργείου υγείας και Πρόνοιας από την Ελλάδα, δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται και έχει τριπλασιαστεί από το 1933 ως το 1976. Η κατανάλωση τσιγάρων από τις γυναίκες ακολουθεί περίπου την ίδια πορεία αλλά αρχίζει μια εικοσαετία αργότερα. Σ' όλες τις ηλικίες μικρότερος αριθμός γυναικών καπνίζει και αυτές που καπνίζουν, γενικά καπνίζουν μικρότερο αριθμό τσιγάρων από τους άντρες και εισπνέουν λιγότερο τον καπνό. Επίσης οι γυναίκες αρχίζουν το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία από τους άντρες. Τα τελευταία 15 χρόνια υπάρχει μια αλλαγή στη προτίμηση των καπνιστών από τα απλά τσιγάρα σε αυτά με φίλτρο. Σήμερα τα απλά τσιγάρα αντιπροσωπεύουν μικρό ποσοστό της ολικής κατανάλωσης. Επίσης αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση τσιγάρων με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα. Το 1974 η WHO αναφέρει ότι ο καπνός είναι ουσία που προκαλεί εξάρτηση και βλάβη της υγείας και επειδή είναι πολύ διαδεδομένος αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η ΠΟΥ το 1975 και το SURGEON GENERAL το 1979 αναφέρουν.

"Οι αρρώστιες που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για τη κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους. Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει ουσιαστικά σε μια καλύτερη και μακρύτερη ζωή, περισσότερο απο οποιαδήποτε ενέργεια στο τομέα της προληπτικής ιατρικής".

1.3. ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΩΝ ΠΟΥ ΚΑΛΛΙΕΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- α) Ανατολικοί τύποι καπνού
- β) Τύπος αρωματικών καπνών
- γ) Τύπος καπνών γεύσεως
- δ) Τύπος ουδέτερων καπνών
- ε) Ξενικοί τύποι καπνών
- στ) Τύπος καπνών που ξεραίνονται με θερμό αέρα.
- ζ) Τύποι καπνών που ξεραίνονται στον αέρα σε σκιά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΠΝΟΥ

Τα χαρακτηριστικά του καπνού είναι:

- α) Ο χρωματισμός, που οφείλεται σε χρωστικές ουσίες π.χ. νικοτίνη.
- β) Η καυσιμότητα που εξαρτάται από την ύπαρξη χημικών ουσιών εύκολης και ξηρής καύσεως π.χ. το κάλιο.
- γ) Το ειδικό βάρος που επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη λιπαρών ουσιών.
- δ) Η φυσιολογική δύναμη δηλ. η περιεκτικότητα του καπνού σε νικοτίνη και άλλα αλκαλοειδή.
- ε) Η γεύση που εξαρτάται από τη ποσότητα νικοτίνης, σακχάρου, αμύλου, πολυφαινολών και του οξαλικού οξέος.
- στ) Το άρωμα που οφείλεται σε αρωματικές ύλες π.χ. ρητίνες.

Αναγνωρίζεται πλέον από όλους, ότι ο καπνός ενός τσιγάρου περιέχει γύρω στις 12.000 ουσίες, οι περισσότερες είναι άγνωστες. Οι σπουδαιότερες απ'αυτές είναι η νικοτίνη και η βενζοπυρίνη. Αν δούμε τη σύσταση του καπνού, θα παρατηρήσουμε:

- α) Υδροάνθρακες όπως άμυλο, σάκχαρα, ημικυτταρίνες, κυτταρίνη και λιγνίτη.
- β) Οργανικά οξέα όπως οξαλικό, μηλικό και κιτρικό.
- γ) Ανόργανα άλατα, όπως κάλιο, ασβέστιο και μαγνήσιο.
- δ) Αζωτούχες ουσίες όπως πρωτεΐδια, αμινοξέα, αμίδια, αμμωνία, νιτρικό οξύ και διάφορα αλκαλοειδή.
- ε) Διάφορες άλλες ουσίες όπως πολυφαινόλες, αιθέρια έλαια ρητίνες και χρωστικές ουσίες.

2.2. Προϊόντα καπνίσματος

Με την πυρόληση και την πυροσύνθεση στους 600-800 βαθμούς °C που φτάνει η θερμοκρασία στη καύτρα του τσιγάρου παράγονται 4.000 περίπου διαφορετικά συστατικά, τα οποία περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, αλλά απο αυτά σε αερίωδη κατάσταση και άλλα σε μικροσωματιδιακή μορφή. Από όλα αυτά το ενδιαφέρον συνοψίζεται: α) στο μονοξείδιο του άνθρακα, β) στη νικοτίνη και γ) στη πίσσα δηλ. αυτό που έχει απομείνει μετά την αφαίρεση της νικοτίνης και της υγρασίας, και αποτελείται από αρωματικούς υδρογονάνθρακες, (μερικοί από τους οποίους αποδείχθηκαν ότι είναι καρκινογόνοι), από νιτροσαμίνες, αρωματικές αμίνες, πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες όπως το βενζοπυρένιο και το βενζοανθρακένιο επίσης με καρκινογόνο επίδραση.

Τα όξινα συστατικά της πίσσας περιλαμβάνουν ουσίες οι οποίες ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των μικρών βρόγχων, των βρογχολίων και παραγωγή βλέννης. Μερικές από αυτές είναι τοξικές και παραλύουν το κροσσωτό επιθήλιο των βρόγχων, εμποδίζοντας την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων, με αποτέλεσμα την παραμονή των καρκινογόνων και άλλων ουσιών στους πνεύμονες, παρατείνοντας έτσι τη βλαπτική τους επίδραση.

Το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη δεν είναι καρκινογόνα, και ασκούν την επίδραση στον οργανισμό αφού μπουν στην κυκλοφορία. Η νικοτίνη η οποία αποδίδεται στο κάπνισμα ενός τσιγάρου ή ενός γραμμαρίου καπνού υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 1 χιλιοστό γραμμαρίου (από 0,05 έως 2 χιλ) η δε πίσσα από 0,5-35 χιλιοστά γραμμαρίου.

2.3. Προϊόντα καύσεως του καπνού και επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα

Το τσιγάρο όταν καίγεται παράγει καυσαέρια. Λέγοντας καυσαέρια του καπνίσματος εννοούμε το σύνολο ποικίλων και πολυάριθμων αερίων που παράγονται κατά την καύση του καπνού, ορισμένα από τα οποία είναι δηλητηριώδη και αναμιγμένα με άλλες υγρές ουσίες και μερικές στερεές που βρίσκονται σε αέρια κατάσταση μετά τη ψύξη των οποίων μένουν πηκτώδεις ουσίες, οι οποίες αποτελούν τη λεγόμενη πίσσα του καπνού.

Τα πιο σημαντικά αέρια κατά την καύση του καπνού είναι:

α) Οι αμιντικές αλκαλικές ενώσεις των καυσαερίων του καπνίσματος:

Οι ουσίες της ομάδας αυτής προξενούν διαλυτική ή υδρολυτική διάβρωση των πρωτεϊνικών συστατικών του αναπνευστικού επιθηλίου των πνευμόνων και συντελούν στην καταστροφή του αποτελέσματος της οποίας είναι οι παθολογικές καταστάσεις που συμβαίνουν στο σώμα του καπνιστού. Οι ενώσεις αυτές είναι η νικοτίνη, η πυριδίνη, η πυρρολιδίνη, το πυρρόλλιο, το βενζοπυρρόλλιο ή ινδόλιο, το διβενζοπυρρόλλιο ή καρβαζόλιο, η πιπεριδίνη, η βενζοπυριδίνη ή κινολίνη, η διβενζοπυριδίνη ή ακριδίνη, η διβενζοακριδίνη.

β) Τα δηλητηριώδη αέρια:

Μεταξύ των καυσαερίων του καπνίσματος έχουν επισημανθεί τρία αέρια αρκετά επιβλαβή που δρούν σαν ισχυρά δηλητήρια. Είναι το μονοξειδίο του άνθρακα, το υδροκάνιο και τα οξείδια του αζώτου. Αυτά αλλοιώνουν και ερεθίζουν το αναπνευστικό επιθήλιο, και δηλητηριάζουν τη σύσταση του αίματος και τα όργανα του σώματος.

γ) Πηκτώδεις ουσίες του καπνίσματος:

Πίσσα του καπνού και σαν δευτερεύοντα προϊόντα έχουμε αμμωνία κυανούχες ενώσεις, λιθαθρακόπισσα, Ναφθαλίνιο, ανθρακένιο, πυρένιο.

Η πίσσα του καπνού καταλείπεται στους βρόγχους και σε όλο το αναπνευστικό σύστημα δρώντας είτε αποφράσσοντας τους αναπνευστικούς πόρους των κυψελίδων, είτε λόγω των συνυπάρχουσών ουσιών της πρώτης ομάδας διαβρώνουν το αναπνευστικό επιθήλιο. Σαν αποφρακτικές ενώσεις της πίσσας του καπνού αναφέρουμε το βενζόλιο, το ναφθαλίνιο, το ανθρακένιο, το φαινοθρένιο, το ναφθακένιο, το χρυσένιο και το πυρένιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1. ΠΑΡΑΓΩΓΗ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Κατά το έτος 1992 καταναλώθηκαν στην Ελλάδα 60.000 χιλ. εκατομμύρια τεμάχια τσιγάρων και 100 τόνοι λοιπών καπνιστικών προϊόντων, αξίας 200 εκατομμυρίων δολλαρίων περίπου. Απο το ποσό αυτό τα 90 εκατομμύρια αποτελεί φόρο υπέρ του δημοσίου και το υπόλοιπο καλύπτει την αξία της πρώτης ύλης, τις δαπάνες μεταποίησης, συσκευασίας, διανομής, τις εισφορές υπέρ διαφόρων οργανισμών, το κέρδος της καπνοβιομηχανίας και τέλος την αμοιβή διαφόρων τάξεων που ασχολούνται με τη διαθεσή του. το 99,75% τσιγάρα και το υπόλοιπο 0,25% ήταν διάφορα άλλα είδη (πύρα, πίπα). Για την παραγωγή τους χρησιμοποιήθηκαν 80-85% ελληνικά καπνά και το υπόλοιπο 15 20% καπνά που εισάχθηκαν απο το εξωτερικό με συνάλλαγμα της τάξεως των 40 εκατομμυρίων δολλαρίων περίπου. Η παραγωγή ελληνικών τσιγάρων γίνεται απο 6 κυρίως καπνοβιομηχανίες με διαφορετικές τιμές. Η κατά κεφαλή κατανάλωση με βάση το πληθυσμό ήταν 4,05 χιλ.τσιγάρα. Παρατηρήθηκε μια αύξηση της τάξεως 3% παραγωγής και κατανάλωσης τσιγάρου απ'ότι το 1991.

3.2. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΑΠΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

Οι αγορές απο τις ελληνικές καπνοβιομηχανίες για τη παρασκευή τσιγάρων έγιναν απο την εγχώρια παραγωγή κατά ποσοστό 70% και εισαγωγή κατά ποσοστό 30%. Πήραν καπνά απο τις περιοχές της Αιτωλοκαρνανίας, Ηπείρου, Θεσσαλίας, Φθιωτιδοφώκιδος και Πελοποννήσου. Απο το 1984 έπαψε να γίνεται η διάκριση καπνών εσωτερικής κατανάλωσης και εξαγωγίμα και έτσι οι ελληνικές καπνοβιομηχανίες μπορούν να

αγοράζουν ελεύθερα καπνά απ'όλες τις περιοχές και τις ποι-
κιλίες. Έτσι προμηθεύονται καπνά απο:

- α) Εξωτερικό
- β) Καπνέμπορους
- γ) Εθνικό οργανισμό καπνού.

3.3. ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Αυξήθηκαν οι εισαγωγές τσιγάρων ενώ παράλληλα μειώθη-
καν οι εισαγωγές πίπας και πούρων. Παραμένουν οι εξαγωγές
ελληνικών τσιγάρων όπως επίσης και άλλων καπνιστικών προϊόν-
των σε αρκετά χαμηλό επίπεδο, εφόσον οι εξαγωγές φθάνουν
1.100 τόνους.

3.4. ΔΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΠΝΩΝ ΣΕ ΦΥΛΛΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ

A. ΔΑΣΜΟΣ 1. Καπνιστικά προϊόντα:

- α) Τσιγάρα. Δασμός για τις τρίτες χώρες 90% επι της αξίας,
για τις χώρες δε της ΕΟΚ.
- β) Πούρα. Δασμός για τις τρίτες χώρες 52% επι της αξίας, για
τις χώρες δε της ΕΟΚ.
- γ) Πίπες. Δασμός για τις τρίτες χώρες 117% επι της αξίας
για τις χώρες δε της ΕΟΚ.

2. Καπνά σε φύλλα

- α) Δασμός για τις τρίτες χώρες (πλην της ΕΟΚ)
- β) Δασμός για τις τρίτες χώρες της ΕΟΚ

B. ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΕΙΣ:

- α) Τα είδη των δασμολογικών διακρίσεων
- β) Τα τέλη χαρτοσήμου
- γ) Τα τέλη εμπορεύματος

- δ) Φόρος κατανάλωσης
- ε) Φ.Κ.Ε.

3.5. ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΑ

Λειτουργούν ως εξής:

- α) Παπαστράτος Α.Β.Ε.Σ.
- β) ΑΦΟΙ Τ.ΚΑΡΕΛΛΑ Α.Ε.
- γ) Σ.Α. ΚΕΡΑΝΗΣ Α.Ε.
- δ) Θ.Δ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Α.Ε.
- ε) ΑΦΟΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α.Ε.
- στ) ΣΕΚ.ΑΠ Α.Ε.

Απο αυτές του Παπαστράτου και η ΣΕΚΑΠ είναι οι πιο επικερδής σε σχέση με τις άλλες βιομηχανίες καπνού.

Υπάρχουν γύρω στα 90 σήματα τσιγάρων. Οι μάρκες των τσιγάρων διακρίνονται στον ανατολικού τύπου και στου αμερικάνικου τύπου. Τα τσιγάρα με φίλτρο πρωτοκάνουν την εμφάνισή τους το 1957 και απο τότε παρουσιάζουν μια εντυπωσιακή άνοδο προς τις πωλήσεις και τις προτιμήσεις τους.

Τα ελληνικά σήματα τσιγάρων διακρίνονται:

- α) Βασικά
- β) Συρταρωτά
- γ) Εξαιρετικά
- δ) Ημιπολυτελείας
- ε) Πολυτελείας
- στ) Υπερπολυτελείας

3.6. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ

ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ-ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

Οι εισπράξεις ανέβηκαν στις 1.105.090 εκατομμύρια δρχ.

Το ποσό αυτό αντιπροσωπεύει:

- α) Την αξία του καπνού
- β) Κόστος βιομηχανοποίησης
- γ) κέρδος βιομηχανίας
- δ) Φόρο υπέρ δημοσίου
- ε) Εισφορές υπέρ ΟΓΑ
- στ) Εισφορές διαφόρων άλλων οραγνισμών
- ζ) Αμοιβή πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1. Γενικά περί νικοτίνης

Αναγνωρίζεται πλέον απ'όλους ότι ο καπνός ενός τσιγάρου περιέχει γύρω στις 12.000 ουσίες που οι περισσότερες τους είναι άγνωστες. Έστω και οι μισές να ήταν μόνο, πρέπει ο καθένας που αποφασίζει ν'ανάψει ένα τσιγάρο, ένα πούρο ή μία πίπα να το σκεφθεί σοβαρά και να ανησυχήσει. Πράγματι, ανάμεσα στις τόσες άγνωστες ουσίες υπάρχουν σίγουρα μερικές πολύ πιο βλαβερές απ'ότι είναι οι γνωστές μας νικοτίνη και βενζοπυρίνη, τα δύο συνθετικά του καπνού που απασχόλησαν τους μελετητές.

Η νικοτίνη έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον καπνό. Παράγεται στις ρίζες, απο όπου με τον ανίοντα χυμό μεταφέρεται στο βλαστό και τα φύλλα και η ποσότητά της στο φυτό, εκτός απο τηνποικιλία, επηρεάζεται πολύ απο τις εδαφοκλεματικές συνθήκες. Η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των ξερών φύλλων του καπνού είναι συνήθως απο 0,5-7% και σε λίγες περιπτώσεις μέχρι 9%. Τα ελληνικά καπνά ανατολικών τύπων και ιδιαίτερα του ουδέτερου τύπου είναι τα φτωχότερα σε νικοτίνη καπνά του κόσμου, (απο 0,27-1,10%).

Η νικοτίνη που ανακαλύφθηκε το 1.809 απο τον VAMQUELIN και παρασκευάστηκε συνθετικά το 1913 απο τον PICTET, είναι στην καθαρή της μορφή ισχυρότατο δηλητήριο, ακόμα και σε ελάχιστες δόσεις. Με τη μορφή όμως που βρίσκεται στον καπνό δεν είναι άμεσα επιβλαβής γιατί η ποσότητά της είναι μικρή και μειώνεται ακόμα περισσότερο με το μηχανισμό του καπνίσματος. Έτσι ένα μεγάλο μέρος της, πριν μπει με το κάπνισμα στον οργανισμό μας, καίγεται στην άκρη του τσιγάρου ή του πούρου, ή στην πίπα όπου αναπτύσσονται θερ-

μοκρασίες 500-800°C (κελσίου). Ένα άλλο μέρος της μένει στο τελευταίο προς το στόμα τμήμα του τσιγάρου ή του πούρου καθώς επίσης στο φίλτρο. Τέλος ένα μέρος της βγαίνει με την εκπνοή στον αέρα. Τελικά το ποσοστό της νικοτίνης που μπαίνει στον οργανισμό εξαρτιέται απο τον τρόπο του καπνίσματος, αν δηλ. ο καπνιστής τραβά το νέφος του καπνού κάτω ή το κρατά μόνο στο στόμα και έπειτα το φυσά έξω. Επίσης πρέπει το τσιγάρο να καπνίζεται μέχρι τη μέση και να πετιέται, γιατί το τελευταίο τμήμα όπως είπαμε, κατακρατεί ένα μεγάλο μέρος νικοτίνης.

Ο τρόπος ενέργειας της νικοτίνης στον οργανισμό είναι ο ερεθισμός των νεύρων του στόματος, της μύτης και της τραχείας και στην συνέχεια η μετάδοση του ερεθισμού σε ολόκληρο το νευρικό σύστημα, οπότε επέρχεται μια γενική διέγερση τόσο της σωματικής όσο και της πνευματικής λειτουργίας. Αντίδοτο της νικοτίνης είναι η καφεΐνη γι'αυτό συνήθως το τσιγάρο συνοδεύεται με καφέ. Οι βλάβες του οργανισμού απο το κάπνισμα είναι αθροιστικές προέρχονται δηλ. απο τη μακροχρόνια χρήση και κυρίως κατάχρησή του και είναι παθήσεις του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Σε ότι αφορά τον συσχετισμό του καρκίνου με το κάπνισμα, υπάρχουν πολλές απόψεις, στατιστικά πάντως στοιχεία πολλών ετών αποδείχνουν τη σχέση του καπνίσματος με θάνατους απο καρκίνο του πνεύμονα και ακόμα περισσότερο καρκίνο των χειλιών.

4.2. Επιδράσεις της νικοτίνης στον οργανισμό

Με βάση τα όσα γνωρίζουμε μέχρι τώρα, μπορούμαι να μιλήσουμε μόνο για τις επιπτώσεις που έχει η νικοτίνη στον οργανισμό.

Η νικοτίνη είναι το σημαντικότερο αλκαλοειδές ανάμεσα στα άλλα που υπάρχουν στα φύλλα του καπνού. Υπενθυμίζουμε ότι τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ουσίες, φυτικής προέλευσης με αλκαλικές αντιδράσεις (απ'όπου και το όνομα) που επιδρούν βαθιά στο νευρικό σύστημα των ζώντων οργανισμών (ανθρώπων και ζώων).

Η νικοτίνη στη φυσική της μορφή είναι ένα άχρωμο έλαιο, πικρό και καυτερό που σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα. Στον καπνό ανάλογα με την ποιότητα υπάρχει σ'ένα ποσοστό που ποικίλλει από 1% μέχρι 8%. Στον επεξεργασμένο καπνό των τσιγάρων, το ποσοστό νικοτίνης δεν ξεπερνά το 2%. Η νικοτίνη απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από το βλεννογόνο με τον οποίο έρχεται σε επαφή και ιδιαίτερα με το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων. Τούτο εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αμέσως αντιληπτές από τον καπνιστή. Μόλις περάσει μέσα στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το συκώτι, το υπόλοιπο από άλλα όργανα άμυνας και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί.

Η νικοτίνη έχει μια ξεχωριστή ενέργεια τόσο στο κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και στο νευροφυτικό συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλεί ερεθισμούς που μπορούν να φθάσουν, σε περιπτώσεις βαριάς τοξίνωσης σε σπασμωδικά φαινόμενα. Η ενέργειά της πάνω στο νευροφυτικό σύστημα είναι πιο σημαντική. Τα πρώτα λεπτά η νικοτίνη ερεθίζει τα παρασυμπαθητικά γάγγλια που προκαλούν μια καρδιακή αργορ-

ρυθμία, μια έντονη διαστολή των αγγείων με απο έλεσμα την πτώση της αρτηριακής πίεσεως. Αυτή η πρώτη ενέργεια ακολουθείται απο τον ερεθισμό των γαγγλίων του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, που εμποδίζει τη δράση του παρασυμπαθητικού συστήματος. Τότε δημιουργείται ταχυκαρδία απότομη αύξηση στην αρτηριακή πίεση και μια επιβράδυνση στις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Η παρουσία μεγάλης ποσότητας νικοτίνης στο αίμα προκαλεί παράλυση τόσο των συμπαθητικών γαγγλίων όσο και των παρασυμπαθητικών με μία επικίνδυνη μείωση στον καρδιακό ρυθμό. Είναι φανερό ότι αυτές οι ενέργειες οι τόσο αντιφατικές μεταξύ τους που μπαίνουν σε λειτουργία απο τη νικοτίνη του οργανισμού του καπνιστή, δημιουργούν μια σειρά απο διαταραχές λίγο ή πολύ σοβαρές ή χρόνιες. Τα αιμοφόρα αγγεία κάτω απο μία συνεχή διακύμανση πιέσεων, τείνουν να χάσουν την ελαστικότητά τους και φθείρονται. Συχνές είναι λοιπόν στους καπνιστές οι καρδιοκυκλοφοριακές διαταραχές και οι γενικά αγγειακές διαταραχές. Συχνότατη η δυσκοιλιότητα αν και τον πρώτο καιρό η νικοτίνη αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου.

Πολύ αρνητική ενέργεια έχει η νικοτίνη στην οπτική ικανότητα. Προκαλεί περιορισμό στον αμφιβληστοειδή χιτώνα, με αποτέλεσμα την μείωση της οξύτητας της όρασης και της ευαισθησίας στα χρώματα.

Στην πρακτική η ένταση αυτών των διαταραχών εξαρτάται και ποικίλλει σύμφωνα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε καπνιστή. Υπάρχουν άτομα που μπορούν να απορροφήσουν μεγάλες ποσότητες νικοτίνης χωρίς βλάβες, ίσως επειδή διαθέτουν ένα μεγάλο απόθεμα ενζύμων, ικανό να χωνέψει γρήγορα τα αλκαλοειδή. Αντίθετα άλλα άτομα με προδιά-

θεση σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, αδυνατούν να αντιδράσουν και στη μικρότερη ποσότητα νικοτίνης. Γι' αυτό το λόγο οι ασθματικοί, οι εμφυσηματικοί, οι βρογχιτικοί πρέπει ν'αποφεύγουν αυστηρά το κάπνισμα. Η νικοτίνη είναι ένα δηλητήριο και πράγματι χρησιμοποιείται σαν εντομοκτόνο. Όσοι για λόγους εργασίας, έρχονται συνεχώς σε επαφή με φύλλα καπνού παθαίνουν δηλητηριάσεις λίγο πολύ σοβαρές ανάλογα με τον οργανισμό του καθενός.

Με τον καπνό μπορεί να προκληθεί και αυτοκτονία αλλά με τρόπο πολύ οδυνηρό. Ένας άνδρας ασυνήθιστος στο κάπνισμα μπορεί να πεθάνει σ'ένα διάστημα που κυμαίνεται απο 5 μέχρι 30 λεπτά ύστερα απο κατάποση δύο μόνο γραμμαρίων καπνού. Δημιουργείται μια κωματώδη κατάσταση με σπασμούς που προηγούνται κατά πέντε λεπτά του θανάτου.

Πιο κοινή είναι η χρόνια δηλητηρίαση που λέγεται "χρόνια δηλητηρίαση καπνού" και όχι νικοτίνης, επειδή δε γνωρίζουμε ακόμη ποιές είναι οι επιπτώσεις που οφείλονται καθαρά στη νικοτίνη και ποιές στις άλλες ουσίες που υπάρχουν στον καπνό. Δε χρειάζεται να υπογραμμίσουμε ότι και το πέρασμα μόνο του ζεστού καπνού μέσα απο το αναπνευστικό σύστημα και τους πνεύμονες είναι αρκετό για να προκαλέσει μια ερεθιστική ενέργεια που γι'αυτό και μόνο είναι επικίνδυνη.

4.3. Μονοξείδιο του άνθρακα (CO)

Ο καπνός πάντα εκτός απο νικοτίνη περιέχει πάντα μια πολύ μικρή ποσότητα μονοξειδίου του άνθρακα (CO). Το μονοξείδιο του άνθρακα δημιουργείται απο τη κακή καύση των οργανικών συνθέσεων και είναι πολύ δηλητηριώδες. Είναι πράγματι το δηλητηριώδες συστατικό του αερίου της κουζίνας.

Όταν το μονοξειδίο του άνθρακα φθάνει στους πνεύμονες μαζί με τον καπνό τοποθετείται στην αιμοσφαιρίνη, σχηματίζονται ανθρακοαιμοσφαιρίνη, και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονοαιμοσφαιρίνης, που είναι το συστατικό που μεταφέρεται από το οξυγόνο στο αίμα. Γι' αυτό και ο καπνιστής απορροφά μειωμένη ποσότητα οξυγόνου σα να ζούσε συνεχώς σε μεγάλο υψόμετρο, όπου λείπει οξυγόνο, πράγμα που μειώνει την ενέργειά του.

Παρόλα αυτά κανείς δεν σταματάει το κάπνισμα και ως βλέπει στις νεκροτομές ότι οι πνεύμονες έχουν μαύρο χρώμα. Κατά τον Αουερμπακ σε ιστολογικά παρασκευάσματα χιλιάδες καπνιστές, παρατηρήθηκε η ύπαρξη περιοχών με κατεστραμμένο το κροσσωτό επιθήλιο και σε βαριά καπνιστές αλλοιώσεις μέχρι και καταστροφή του κυλινδρικού επιθηλίου. Ιστολογικές αλλοιώσεις παρατηρούνται στους βρόγχους. Αν κάποιος κόψει το κάπνισμα εξαφανίζονται αυτές οι αλλοιώσεις και με την πάροδο του χρόνου οι βλεννογόνοι του βρογχικού επιθηλίου επανέρχονται στη φυσική τους κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. Αιτιολογία-έναρξη καπνίσματος

Το κάπνισμα συνήθως αρχίζει σαν μια κοινωνική συνήθεια η οποία εκδηλώνεται στα πάρτυ ή ανάμεσα σε φίλους για να καταλήξει σε ατομική συνήθεια. Ο άνδρες συνήθως καπνίζουν στην εφηβεία, γιατί πιστεύουν πως έτσι επισημαίνουν προς τους άλλους τον ανδρισμό τους. Υπάρχει βέβαια η πρόχειρη δικαιολογία που προβάλεται. Το κάπνισμα λειτουργεί καταλυτικά προς διάφορες κατευθύνσεις. Όταν αισθάνεσαι ένταση καπνίζοντας τσιγάρο αισθάνεσαι σαν λυτρωμένος απο το άγχος της ζωής, όταν νιώθεις κούραση μ'ένα τσιγάρο μπορεί να ξαναβρείς εκφόρμα σου, όταν είσαι πεινασμένος σου κόβει την όρεξη και όταν είσαι χορτάτος σε προδιαθέτει για ένα απολαυστικό τέλος του γεύματός σου. Με λίγα λόγια αποτελεί ένα καλό στήριγμα σε διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις. Αλλά αυτά είναι παραπλανητικά μπορούμε να πούμε. Οι ζημιές απο το κάπνισμα είναι διαδεδομένες και χειροπιαστές. Οι αντικαρκινικές εκστρατείες που οργανώνονται σε όλες τις χώρες δεν έχουν παντού την ίδια απήχηση. Η ανοχή προς το κάπνισμα έχει σχεδόν γίνει φυσιολογική σε σχέση με άλλα προβλήματα της κοινωνικής ζωής που σχετίζονται με την υγεία σωματική και ψυχική. Οι αντικαπνιστικές οργανώσεις και όλοι οι επιστήμονες επισημαίνουν τα ολέθρια αποτελέσματα που έχει το κάπνισμα τόσο στους ίδιους καπνιστές όσο και σ'όσους βρίσκονται κοντά τους, ιδίως σε κλειστούς χώρους και εισπνέουν χωρίς να το θέλουν το εκπεμπόμενο καπνοδηλητήριο. Παρά τις δραματικές διαπιστώσεις σχετικά με τα θέματα του τσιγάρου σε όλο τον κόσμο, η συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών και των γυναικών που καπνίζουν

αποτυγχάνει ν'απομακρύνεται απο την εξή αυτή. Το κάπνισμα προσφέρεται σαν αντίδοτο σε ορισμένα προβλήματα όπως το στρές της εφηβίας, οι εξετάσεις στο σχολείο, οι σχέσεις των δύο φύλων σε ψυχολογικά αδιέξοδα, κ.τ.λ. Η πραγματικότητα ωστόσο δεν είναι αυτή κάθε εξοραϊσμός και μυθοποίηση του καπνίσματος επιδρούν σίγουρα αρνητικά και συντελούν στην αυτοκαταστροφή. Αφού δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το κάπνισμα αποβαίνει ακόμα και θανατηφόρα.

Οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα:

- α) Γιατί το τσιγάρο είναι ευρύτατα διαθέσιμο
- β) Δόγω περιέργειας
- γ) Ως έκφραση αντίθεσης απελευθέρωσης, ανεξαρτησίας, επαναστατικότητας.
- δ) Για εναρμόνιση με τις αξίες της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκουν.
- ε) Με την είσοδο στην ενηλικίωση (οι έφηβοι να δείξουν ότι μεγάλωσαν).
- στ) Απο μίμηση συμπεριφοράς άλλων ατόμων που θεωρούνται πρότυπα: γονείς, αδέρφια, φίλοι, πρόσωπα προβαλλόμενα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- ζ) Δόγω εργασίας μικρής απασχόλησης έξω απο το σπίτι.

5.2. ΕΞΑΡΤΗΣΗ-ΕΘΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα είναι μια μορφή φαρμακολογικής εξαρτήσεως διαφορετικής απο τις άλλες αλλά οπωσδήποτε αρκετά ισχυρής. Δηλαδή δημιουργείται σωματική και ψυχική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση είναι μια επίκτητος κατάσταση που εκδηλώνεται με έντονα σωματικά ενοχλήματα, σε περίπτωση διακοπής της ουσίας (αποχής). Είναι το γνωστό "σύνδρομο στερήσεως" μετά απο επανειλημμένη λήψη μιας ουσίας. Ενώ

η ψυχική εξάρτηση χαρακτηρίζεται απο την ικανοποίηση που προκαλεί η ουσία και την ψυχική παρώθηση που οδηγεί το άτομο στη χρήση της ουσίας για να αισθάνεται καλά και χωρίς ενοχλήματα. Μόνο το 2% απο τους καπνιστές είναι περιστασιακοί, οι περισσότεροι είναι συστηματικοί καπνιστές που σπάνια μπορούν να περάσουν ένα ή δύο ώρες χωρίς τσιγάρο. Δε χρειάζεται καμία ιδιαίτερη ψυχολογική ή κοινωνική συνθήκη για να αποκτήσει και το πιο καλά ισορροπημένο άτομο εξάρτηση απο το κάπνισμα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έχουν καπνίσει περισσότερο απο 1 τσιγάρο μόνο το 15% δεν έγιναν παθητικοί καπνιστές. Κοινωνικοί είναι κυρίως λόγοι που καθορίζουν εάν κάποιος θα αρχίσει να καπνίζει ενώ φαρμακολογικοί εάν θα συνεχίσει το κάπνισμα. Η οικονομική και κοινωνική τάξη, το παράδειγμα απο τους γονείς και απο τα αδέρφια καθώς επίσης και οι καπνιστικές συνήθειες των φίλων, αποτελούν τους συχνότερους γνωστούς προσδιοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της καπνιστικής συνήθειας. Συχνά δηλαδή εμφανίζεται εθισμός με αποτέλεσμα να παίρνει τη μορφή ανάγκης που εξουσιάζει τη βούληση του ατόμου η οποία ωθεί το άτομο στην εξεύρεση μέσων για την ικανοποίησή του και συνοδεύεται συνήθως απο φαινόμενα συναισθηματικής φόρτισης.

Το στάδιο αυτό το επηρεάζουν οι εξής παράγοντες:

1ο. Άμεσες θετικές συνέπειες (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας, η ικανοποίηση ν'ανάβουν τσιγάρο, η γεύση, η οσμή, οι αισθησιοκινητικοί χειρισμοί, η χαλάρωση με "αμοιβή" του εαυτού τους με ένα τσιγάρο μόλις περάσεις η ένταση, η συνήθεια (καθώς καπνίζουν αυτόματα όταν το τσιγάρο είναι διαθέσιμο) η μείωση αρνητικών συναισθημάτων

άγχους ματαίωσης θυμού).

2ο. "Σήματα" στο περιβάλλον που επανειλημμένα έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα.

3ο. Φαρμακολογικά αποτελέσματα της νικοτίνης (εθισμός, σωματική εξάρτηση).

4ο. Αποφυγή των αρνητικών επιπτώσεων (σύνδρομο στερήσεως από μια επικίνδυνη διακοπή του καπνίσματος).

5.3. Υποτορπή

(Γιατί οι άνθρωποι ξαναρχίζουν το κάπνισμα παρότι κατάφεραν προς στιγμή να το κόψουν)

- Εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων
- Κοινωνική πίεση από "πανταχού παρόντες" άλλους καπνιστές.
- Στρές και ματαίωση
- Παράλληλη χρήση αλκοόλ και καφέ
- Αναμενόμενα ανακουφιστικά αποτελέσματα με την παραβίαση της αποχής.

Δηλαδή διαφορετικοί παράγοντες δρουν στα διάφορα στάδια όπως και διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν τη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Το κάπνισμα λοιπόν συνδέεται με φαρμακολογικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και οικονομικούς παράγοντες. Το κάπνισμα είναι μια μορφή πολύ ισχυρής φαρμακολογικής και ψυχολογικής εξάρτησης. Μόνο 2% από τους καπνιστές είναι σε θέση να περιοριστούν σε ευκαιριακό (περιστασιακό) κάπνισμα. Οι περισσότεροι είναι συστηματικοί καπνιστές. Μια μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά που έχουν καπνίσει περισσότερα από ένα τσιγάρα μόνο το 15% κατάφεραν να το σταματήσουν. Δηλαδή, αφότου αρχίζει κανείς να καπνίσει, το πιθανότερο είναι να γίνει

συστηματικός καπνιστής. Και αφότου γίνεται συστηματικός καπνιστής είναι απίθανο να το σταματήσει. Το ποσοστό αυτών που ξαναρχίζουν το κάπνισμα αφού κατάφεραν προσωρινά να το κόψουν είναι μεγαλύτερο από 50% στους πρώτους 6 μήνες και περίπου 70% μέσα στους πρώτους 12 μήνες. Δηλαδή μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 30% από εκείνους που είχαν σταματήσει εξακολουθούν να μην καπνίζουν. Μετά από αποχή ενός έτους είναι απίθανο, να ακολουθήσει υποτροπή.

Η νικοτίνη είναι ένα ισχυρό ψυχότροπο φάρμακο. Βοηθά ορισμένες φορές στη συγκέντρωση της προσοχής, δυναμώνει τη μνήμη, βελτιώνει την απόδοση στη δουλειά, όταν απαιτείται εγρήγορση και ετοιμότητα, αυξάνει την αντοχή στον πόνο, μοιάζει να ελαττώνει το άγχος και την ένταση. Προκαλεί επιτάχυνση του ρυθμού της καρδιάς, αύξηση της πίεσης, βρογχοσυστολή, αγγειοσύσπαση, μυϊκές συσπάσεις και υπεργλυκαιμία.

Το κάπνισμα γίνεται έξη, όχι μόνο το αίσθημα νευρικότητας και ευερεθιστικότητας, αν δεν ληφθεί η "δόση" (αυτός άλλωστε είναι ο λόγος που ορισμένοι ισχυρίζονται ότι το κάπνισμα τους ηρεμεί παίρνοντας τη νικοτίνη με το τσιγάρο εξαφανίζονται τα "ενοχλητικά συμπτώματα" από την έλλειψή της) αλλά και γιατί προσφέρει συγκεκριμένα ωφέλη στον καπνιστή. Τα ωφέλη είναι βραχυπρόθεσμα. Τα μακροπρόθεσμα είναι γνωστά, αλλά επειδή είναι ενδεχόμενα στο απώτερο μέλλον, ο καπνιστής δεν κόβει το κάπνισμα.

Η νικοτίνη έχει τελικά βραχυπρόθεσμη (δράση και τα επίπεδά της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα (περίπου στο 1/4, μία ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου). Γι' αυτό οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν 20 περίπου τσιγάρα μέσα στις

16 ώρες που είναι ξύπνιοι κάθε μέρα. Δηλαδή πολλοί καπνιστές, ειδικά οι βαρείς, φαίνεται να καπνίζουν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ρυθμίζουν τη δόση της νικοτίνης που εισπνέουν με το καπνό. Η νικοτίνη φθάνει στον εγκέφαλο πολύ γρήγορα: επτά δευτερόλεπτα μετά την εισπνοή του καπνού. Αν δημιουργηθεί σωματική εξάρτηση στη νικοτίνη είναι πιθανό πως κάθε μικρή δόση νικοτίνης δημιουργεί τη δική της ενίσχυση (κάθε ρουφηξιά μπορεί να θεωρηθεί σαν πιθανός ενισχυτής της συμπεριφοράς του καπνίσματος) ανακουφίζοντας τον καπνιστή τουλάχιστον από τα συμπτώματα της στέρησης. Όσο πιο γρήγορα ακολουθείται μια συμπεριφορά από μια θετική συνέπεια τόσο πιο πολύ ενισχύεται. Όμως η φαρμακολογική εξήγηση για την εξάρτηση δεν αρκεί, αφού η "αναζήτηση" του τσιγάρου και η μεγάλη ανάγκη γι' αυτό εξαρτάται και έχει συνδιαστεί με συνθήκες στο περιβάλλον και μπορεί να συμβεί μήνες ή χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, όταν πλέον τα φαρμακολογικά αποτελέσματα δεν είναι παρόντα.

Αμερικανοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει, ότι το κάπνισμα μπορεί να προσαρμοστεί στις προσωπικές ανάγκες του ατόμου με δύο τρόπους. Όταν το άτομο επιδιώκει να τονώσει τη λειτουργία του μυαλού του ή την απόδοσή του, το πετυχαίνει με διαδοχικές μικρές δόσεις.

Αντίθετα όταν επιζητεί μεγαλύτερη ηρεμία, παίρνει μεγάλες βαθιές εισπνοές δηλ. αυξημένες δόσεις. Από τη μια δηλ. έχουμε άτομα, ανταγωνιστικά, ανυπόμονα, συχνά εχθρικά που επιδιώκουν τη διέγερση με το νευρικό, γρήγορο κάπνισμα και από την άλλη έχουμε άτομα που βιώνουν τα αισθήματα θυμού ή ματαίωσης πιο έντονα ή πιο συχνά και τα οποία καπνίζουν με βαθιές παρατεταμένες ρουφηξιές για να χαλαρώσουν.

Το κάπνισμα λοιπόν συνδιάζεται με τις πιο άμεσες ανάγκες του ατόμου ανάλογα με τις πιέσεις ή τις απαιτήσεις που του δημιουργεί το περιβάλλον του. Με το τσιγάρο ο καπνιστής έχει μια άμεση και πρόχειρη "απάντηση" στο πρόβλημα που τυχαίνει να τον απασχολεί, σε μια δεδομένη στιγμή. Το κάπνισμα (με τη ψυχολογική εξάρτηση) ικανοποιεί πολλές ανάγκες την ανάγκη για απόλαυση, για συντροφιά, την ανάγκη αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων (ανασφάλειας, ταραχής, έντασης, ανίας), την ανάγκη να κάνει κάτι με τα χέρια, την ανάγκη στοματικής ικανοποίησης, την ανάγκη για ανταμοιβή, επιβράβευση κάποιας επιτυχίας ή κάποιου καθήκοντος που διαικπεραιώθηκε τη "σηματοδότηση" έναρξης ανάπαυσης. Το κάπνισμα είναι μια χαρακτηριστική συμπεριφορά κοινή με αυτή άλλων ανθρώπων και προτύπων στα Μ.Μ.Ε.

5.4. Αντοχή εξάρτηση συνδρομο στέρησης

Το κάπνισμα στους χρόνιους καπνιστές, δημιουργεί ψυχική και σε κάποιο βαθμό σωματική εξάρτηση, η οποία αφορά τη νικοτίνη ως φαρμακολογική ουσία. Αναπτύσσεται αντοχή με αποτέλεσμα να καπνίζει κανείς προοδευτικά περισσότερο και καταλήγει στην εμφάνιση του συνδρόμου στέρησης, όταν το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα του εθισμένου ελαττωθεί κάποιο όριο, αναλόγως του εθισμού, είτε το άτομο καπνίζει τσιγάρα που παράγουν καπνό, είτε απο εκείνα που "δεν παράγουν καπνό".

Το σύνδρομο διαφέρει απο άτομο σε άτομο και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως, αρχίζει συνήθως μετά 24 ώρες και διαρκεί απο μερικές ημέρες μέχρι εβδομάδες και σε κάποιους περισσότερο, ακόμη και μέχρι μερικούς μήνες.

Τα φαινόμενα του συνδρόμου στέρησης είναι τα εξής,

κατά συγκερασμό απο διάφορες μελέτες; Αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα, δυσχέρεια συγκεντρώσεως, διαταραχές στην ικανότητα εκτελέσεως πράξεων γνώσεως και αντιλήψεως, υπαιξία την ημέρα και αύπνία τη νύχτα, τρόμος γαστρεντερικές διαταραχές, ελλάτωση της εκκρίσεως κατεχοξαμινών, αύξηση της ορέξεως, ελλάτωση του βασικού μεταβολισμού. Ελλάτωση της καρδιακής συχνότητας, μεταβολές στην ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και τα προκλητά φλοιωδη δυναμικά. Το σύνδρομο εκδηλώνεται εντονότερα στις γυναίκες απο ότι στους άνδρες.

Οι μελέτες έδειξαν ότι όμοιο σύνδρομο στερήσεως σε ποιότητα συμβαίνει όταν κάποιος καπνίζει το "άκαπνο" τσιγάρο (που δεν παράγει καπνό) ή χρησιμοποιεί τσίκλες νικοτίνης. Επίσης ότι το σύνδρομο μπορεί να καταπαύσει μέχρι και να αντιστραφεί πλήρως με τη χορήγηση νικοτίνης με οποιαδήποτε μορφή της, με το κάπνισμα ή με τσίκλα νικοτίνης, η οποία ίσως να αποτελεί και τον πρόδρομο άλλων τελειοτέρων στο μέλλον μεθόδων αντικαταστάσεως της νικοτίνης.

Οι χρόνιοι καπνιστές, καπνίζουν 20-30 τσιγάρα την ημέρα, δηλαδή περίπου ένα τσιγάρο κάθε 30-40 λεπτά της ώρας, ώστε να διατηρείται περίπου σταθερή η περιεκτικότητα του αίματος σε νικοτίνη, εφόσον μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου η στάθμη στο αίμα αρχίζει να πέφτει μετά 5-10' και ο βιολογικός χρόνος "ημισείας ζωής" της νικοτίνης είναι περίπου 2 ώρες. Μεταβολίζεται κατά 80-90% κυρίως στο συκώτι και κατά ένα μικρό ποσοστό αποβάλλεται με τα ούρα. Ακόμη και με το γάλα της μάνας που θηλάζει. Είναι δε ενδιαφέρον ότι όσοι καπνίζουν τσιγάρα με πολύ νικοτίνη, ρουφούν τον καπνό κατά αραιότερα χρονικά διαστήματα, πιο επιπόλαι και καταναλίσκουν λιγότερα τσιγάρα, ενώ με τα πιο ελαφρά οι ρουφηξιές είναι

βαθύτερες, συχνότερες και καταναλίσκουν περισσότερα τσιγάρα, ώστε να δημιουργούνται τα ανάλογα με τον εθισμό επίπεδα νικοτίνης στον οργανισμό. Το σύνδρομο της στερήσεως αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση του καπνίσματος και δυσκολία στη διακοπή του, στους βαρείς καπνιστές.

Συμπερασματικά: σύμφωνα με τα συνεχώς αυξανόμενα επιστημονικά δεδομένα, υπάρχει πλέον η τάση να κατατάσσεται η νικοτίνη μεταξύ των ουσιών οι οποίες προκαλούν τοξικομανία και γίνεται όλο συχνότερα λόγος για "ταμπακομανία" και "νικοτινομανία".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

6.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παθητικό ονομάζεται το κάπνισμα που γίνεται με την εισπνοή α) του καπνού που βγάζουν απο τους πνεύμονες τους αυτοί που καπνίζουν και β) εκείνου που παράγεται απο τα αναμμένα τσιγάρα στα χέρια των καπνιστών ή στα τσάκια. Αυτό το δεύτερο είναι το "παράπλευρο ρεύμα" και περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση δηλητηριωδών συστατικών. Ο καπνός όμως αυτός αραιώνεται σ'ένα μεγάλο όγκο αέρα και έτσι οι παθητικοί καπνιστές εκτίθενται σε μικρότερη πυκνότητα των βλαπτικών στοιχείων, σ'ένα διαφορετικής ποιότητας αέρα απο εκείνου που εισπνέει ο άμεσος καπνιστής με το "κύριο ρεύμα". Το "παράπλευρο ρεύμα" υπολογίζεται ότι αποτελεί περίπου το 83% του καπνού που υπάρχει σ'ένα δωμάτιο όπου βρίσκονται άνθρωποι που καπνίζουν.

Σε ότι αφορά το μονοξειδίο του άνθρακα, η συγκέντρωση του είναι 5% στο "κύριο ρεύμα" και 10-15% στο "παράπλευρο ρεύμα". Η συγκέντρωσή του στον αέρα του δωματίου συνήθως υπερβαίνει το ανώτερο παραδεκτό όριο, το οποίο είναι 9 μέρη στο εκατομμύριο για τηνποιότητα του αέρα σε κλειστούς δημόσιους χώρους και αίθουσες συγκεντρώσεως. Επίσης και τα επίπεδα της νικοτίνης υπερβαίνουν τα ανώτερα ανεκτά ή επιτρεπόμενα όρια σ'ένα βιομηχανικό περιβάλλον. Με συγκέντρωση στον αέρα του περιβάλλοντος, το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα παθητικών καπνιστών για μια περίοδο 8 ωρών, είναι ισοδύναμο με εκείνο των εθελουσίων καπνιστών που κάπνισαν πέντε τσιγάρα. Σ'ένα κλειστό αυτοκίνητο ήσ το δωμάτιο όπου παίζουν χαρτιά με τις ώρες, το μονοξειδίο του άνθρακα μπορεί να φθάσει μέχρι και το δεκαπλάσιο του ανεκτού ορίου.

Μην καπνίζετε.

Καπνιστές, σταματήστε
το γρηγορότερο δυνατό
το κάπνισμα και μην
καπνίζετε όταν είστε
μαζί με άλλους



Η συγκέντρωση νικοτίνης που απορροφάται από τους παθητικούς καπνιστές σε μία περίοδο 4 ωρών, είναι ανάλογη με εκείνη των ελαφρών καπνιστών (1-10 τσιγάρα την ημέρα).

Η εισπνοή του καπνού σε κλειστό χώρο, όπου καπνίζουν πολλοί και για μακρό χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει σε τέτοια επίπεδα ώστε να αντιστοιχεί με το άμεσο κάπνισμα ακόμη και 15 τσιγάρων, ή 35 με φίλτρο, στο ίδιο χρονικό διάστημα.

6.2. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΟΙ

Οι ενήλικες παθητικοί καπνιστές, πλέον ευαίσθητοι και ευπαθείς από τους εθελοντικούς καπνιστές παρουσιάζουν: Ερεθισμό στα μάτια (69%) πονοκέφαλο (33%) συμπτώματα από τη μύτη (33%) και βήχα (33%), επιβάρυνση ή εγκατάσταση αλλεργικών κρίσεων (τα άτομα με αλλεργική ευαισθησία του αναπνευστικού) σημαντική ελάττωση της αναπνευστικής ικανότητάς τους (άτομα με βρογχικό άσθμα), και επιδείνωση της καταστάσεώς τους τα άτομα με αναπνευστικά εν γένει προβλήματα. Με το παθητικό κάπνισμα των υγείων τόσο όσο με το κάπνισμα 1-10 τσιγάρων δηλ. των ελαφρών καπνιστών.

6.3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Το παθητικό κάπνισμα σαν συνθήκη με ενδεχόμενες δυσμενείς επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα των παιδιών απασχολεί ιδιαίτερα τη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια. Η βασική συμπτωματολογία είναι παραγωγικός βήχας, αυξημένο αριθμό λοιμώξεων και βρογχόσπασμους. Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση της έκθεσης του παιδιού στο καπνό των γονέων και της νοσηρότητας υπάρχουν τα εξής ερωτηματικά:

α) Είναι υπεύθυνο το κάπνισμα των γονέων για αυξημένη νοσηρότητα των παιδιών ή όχι; Οι πιο πολύ ερευνητές απαντούν καταφατικά σ' αυτό το ερώτημα. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα των γονέων δε συσχετίζεται σημαντικά με τη νοσηρότητα και τα συμπτώματα των παιδιών, ενώ υπάρχει και η γνώμη ότι η τυχόν επίδραση ίσως να είναι έμμεση π.χ. μεταφορά λοιμώξεως με αποχρεμψη των γονέων.

Τελικά όμως ισχύει ότι τα παιδιά των μη καπνιστών γονέων παρουσιάζουν μικρότερες επιπτώσεις σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος.

β) Σε ποιά ηλικία τα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα στο κάπνισμα των γονέων; Αρκετοί συγγραφείς συμφωνούν στο 1ο έτος της ζωής του παιδιού, ενώ άλλοι τους πρώτους 18 μήνες και τέλος μια τρίτη γνώμη που λένε μέχρι το τέλος του δημοτικού σχολείου και την προεφηβική ηλικία. Τελική όμως απάντηση είναι μέχρι το 12ο έτος ηλικίας.

γ) Είναι μόνο το μητρικό κάπνισμα που βλάπτει ή και το πατρικό;

Μερικοί υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα του πατέρα δεν επηρεάζει τη νοσηρότητα, ενώ άλλοι διευκρινίζουν ότι και το μητρικό και το πατρικό κάπνισμα συσχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα των παιδιών. Τελικά όμως φαίνεται ότι το κάπνισμα και των δύο γονέων συσχετίζεται με τη νοσηρότητα των παιδιών και ακόμα ότι είναι σημαντική η παρουσία και άλλων καπνιστών π.χ. αδελφός, που μένει στο ίδιο σπίτι.

δ) Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει το συνολικό κίνδυνο για οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού ή μόνο την επίπτωση των οξέων λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού; Οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τόσο τη

νοσηρότητα του κατώτερου αναπνευστικού όσο και τη συνολική συχνότητα των οξέων λοιμώξεων ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού. Υπάρχει όμως και η άποψη ότι ο συνολικός κίνδυνος για λοίμωξη ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού είναι ο ίδιος σε παιδιά καπνιστών και μη καπνιστών γονέων.

ε) Ποιές είναι οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά;

Βρογχίτιδα, πνευμονία, άσμα, παθήσεις, μέσου ωτός. Ύστερα απ'όλα αυτά θα πρέπει με όλα τα μέσα να ενημερωθούν οι γονείς και σε ανάγκη να ληφθούν ορισμένα μέτρα απαγορεύσεως του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, όπου υπάρχουν παιδιά. Θα πρέπει να καταλάβουν μερικοί γονείς ότι η ρύπανση της ατμόσφαιρας απο καυσαέρια, σκόνες, παίζουν πολύ μικρότερο ρόλο μπροστά στη ρύπανση απο το νέφος του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους.

6.4. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Με σκοπό τη προστασία όλων αυτών που δε καπνίζουν επιβάλλεται να ληφθούν πρόσθετα μέτρα με στόχο τη προστασία των ατόμων αυτών. Τέτοια μέτρα είναι:

- α) Απαγόρευση καπνίσματος στους χώρους εργασίας
- β) Απαγόρευση καπνίσματος στα νοσοκομεία
- γ) Απαγόρευση καπνίσματος στα συγκοινωνιακά μέσα
- δ) Απαγόρευση καπνίσματος στους κοινόχρηστους χώρους
- ε) Απαγόρευση καπνίσματος στους κλειστούς χώρους αναψυχής.
- στ) Να υπάρχει νόμιμη προστασία
- ζ) Να υπάρχουν διάφορα κίνητρα
- η) Να γίνεται συστηματική διαφήμιση και σωστή ενημέρωση.
- θ) Απαγόρευση καπνίσματος στους θαλάμους καπνιστών.
- ι) Καθιέρωση ειδικών χώρων για κάπνισμα

Το συμβούλιο της ευρωπαϊκής κοινότητας και υπουργοί υγείας των χωρών-μελών είχε εκδόσει ψήφισμα, σύμφωνα με το οποίο απαγορεύεται το κάπνισμα, στους δημόσιους χώρους. Το ψήφισμα αυτό αποβλέπει στη προστασία της υγείας των μη καπνιστών. Ο όρος "δημόσιοι χώροι" περιλαμβάνει τους χώρους πώλησης στο κοινό αγαθών ή υπηρεσιών, τα σχολικά υδρύματα, υδρύματα τριτοβάθμιας και επαγγελματικής εκπαίδευσης τους κινηματογράφους, τα θέατρα, τις εκθέσεις, τους κλειστούς χώρους αθλοπαιδιών, τους σταθμούς μετρό και σιδηροδρόμους, τα λιμάνια, τα αεροδρόμια και τα νοσοκομεία.

Το συμβούλιο και οι αντιπρόσωποι των χωρών-μελών συνιστούν στα κράτη-μέλη να λάβουν μέσω της νομοθετικής οδού ή άλλων οδών όλα όσα αναφέραμε στις παραπάνω παραγράφους.

6.5. ΤΙ ΚΕΡΑΙΖΟΥΝ ΟΙ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

Χωρίς μισόλογα και μισές αλήθειες η παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μας ενημερώνει για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος αλλά και για τις λιγότερο βλαβερές. Ας αρχίσουμε από κάτι που δεν ξέρουν όλοι και συνεχίζουμε με την απαρίθμηση των κινδύνων. Λοιπόν ο χρόνος παραμονής της νικοτίνης στον οργανισμό, κυμαίνεται από 20 έως 30 λεπτά και οι καπνιστές συνήθως καπνίζουν ένα τσιγάρο κάθε 30-40 λεπτά, ίσως για να διατηρούν σταθερή τη συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα.

Το απότομο και οριστικό κόψιμο του καπνίσματος δημιουργεί συμπτώματα που υποχωρούν γρήγορα και δεν είναι χειρότερα από τα συμπτώματα που προκαλεί η μερική διακοπή του. Οι καπνιστές έχουν γενικά 70% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από αρρώστιες από τους μη καπνιστές (σχετικός κίνδυνος θανάτου 1,7 όπου η μονάδα παριστάνει τον σχετικό

κίνδυνο των μη καπνιστών). Δεκαπέντε χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου των παλιών καπνιστών πλησιάζει τον κίνδυνο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.

Μικρότερο σχετικό κίνδυνο θανάτου αντιμετωπίζουν οι καπνιστές τσιγάρων με λιγότερη πίσσα και νικοτίνη και ακόμα περισσότερο οι καπνιστές πίπας ή πούρων (ελαφρά μεγαλύτερος σχετικός κίνδυνος από αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ).

Οι καπνιστές παρουσιάζουν περισσότερες οξείες και χρόνιες παθήσεις από αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ. Επίπτωση μεγαλύτερη στους καπνιστές κατά 14% (21% για τις γυναίκες).

Το κάπνισμα είναι ένας από τους τρεις σοβαρότερους παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρδιακές προσβολές.

Το κάπνισμα φαίνεται ότι έχει άμεση σχέση με την αθηρωμάτωση της αορτής και των στεφανιαίων.

Οι γυναίκες που καπνίζουν και χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου όπως και θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Από τη δεκαετία του 1950 αποδείχθηκε η άμεση σχέση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονος.

Οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονος στις γυναίκες αυξάνεται με μεγαλύτερο ποσοστό από ότι στους άνδρες και αν αυτό συνεχιστεί με τον ίδιο ρυθμό, οι καρκίνοι του πνεύμονος θα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες στη διάρκεια της δεκαετίας του '90.

Τσιγάρα με φίλτρο ή με λιγότερη πίσσα και νικοτίνη μειώνουν το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονος χωρίς φυσικά αυτό να φθάνει στο επίπεδο των μη καπνιστών.

Υπάρχουν πολλά στοιχεία για τη σχέση καπνίσματος και καρκίνου του λάρυγγα, του στόματος, του οισοφάγου, της κύστεως,

των νεφρών, και του παγκρέατος. Οι καπνιστές πούρων ή πίπας διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο προσβολής απο αυτές τις κακοήθειες νόσους, με τους καπνιστές τσιγάρου.

Καπνιστές και καπνίστριες παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό χρόνιας βρογχίτιδας και πνευμονικού εμφυσήματος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το κόψιμο του καπνίσματος βελτιώνει αμέσως τη λειτουργία των πνευμόνων και ελαττώνει τις πιθανότητες θανάτου απο βρογχοπνευμονία.

Τα νεογνά των καπνιστριών ζυγίζουν 200 γραμμάρια λιγότερο απο τα νεογνά των γυναικών που δεν καπνίζουν. Τα παιδιά που ζυγίζουν, λιγότερο απο 2.500 γραμμ. (στη γέννηση) είναι διπλάσια για τις καπνίστριες απ'ότι για τις μη καπνίστριες.

Οι καπνιστές τσιγάρων παθαίνουν ευκολότερα έλκος καπο τους μη καπνιστές (ο σχετικός κίνδυνος φθάνει το 1,7%).

Ο κίνδυνος απο πεπτικό έλκος είναι δύο φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές απο τους μη καπνιστές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ VII

7.1. ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όταν το κάπνισμα στο χώρο των γυναικών δεν ήταν τόσο διαδεδομένο, όσο είναι τώρα, οι γυναίκες ήταν χωρίς προβλήματα καρδιαγγειακών νόσων ή καρκίνου του πνεύμονα. Δυστυχώς όμως η κατάσταση έχει αλλάξει και το κάπνισμα παραπάνω απο μισό εκατομμύρια γυναίκες κάθε χρόνο στις βιομηχανικές χώρες. Αλλά είναι επίσης και μια σημαντικά αυξανόμενη αιτία διαταραχής της ισοροπίας υγείας-νόσου για τις γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες. Μια πρόσφατη έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, σχετικά με στατιστικά δεδομένα που συνδέονται με τη θνησιμότητα απο το κάπνισμα συμπεραίνει ότι το οριακό σημείο που σχετίζεται με το κάπνισμα για όλο τον κόσμο, είναι 2,7εκ. θάνατοι για κάθε χρόνο. Επίσης προβλέπουν ότι όσο τα πρότυπα απο τη χρήση του τσιγάρου του καπνίσματος, μένουν αναλλοίωτα, ο συνολικός αριθμών θανάτων απο τον καπνό έως το έτος 2.025 μπορεί να αυξηθεί σε 8 εκ. κάθε χρόνο. Ένα μεγάλο τμήμα αυτών θα αφορά αποκλειστικά τις γυναίκες, επιβαρύνοντας αυτές με μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Εκτός απο αυτά τα στατιστικά δεδομένα που "κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου" η κλίμακα των απειλών που αφορούν το κάπνισμα και τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία των γυναικών έχει γίνει αντικείμενο εκπληκτικά μικρής προσοχής και σημασίας. Το κάπνισμα εξακολουθεί να παραμένει και να θεωρείται απο πολλούς ως κύριος πρόβλημα το οποίο απασχολεί αποκλειστικά τους άνδρες, ίσως γιατί οι άνδρες ήταν οι πρώτοι που απέκτησαν την συνήθεια της χρήσης του καπνού και συνεπώς οι πρώτοι που υποφέρουν απο τις αρνητικές επιπτώσεις του, με καταστροφή της υγείας

και πρόκληση σοβαρών ζημιών απο ασθένειες. Οι γυναίκες που καπνίζουν όπως οι άνδρες θα πεθάνουν απο τις ίδιες αιτίες που πεθαίνουν και οι άνδρες.

Η ένωση χειρουργών των Η.Π.Α. έχει εκτιμήσει ότι αυτές τις γυναίκες, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 40% των θανάτων απο καρδιακά επεισόδια, για το 55% θανάτων απο εγκεφαλικά επεισόδια και για τις γυναίκες όλων των ηλικιών για το 80% των θανάτων απο καρκίνους του πνεύμονα και για το 30% των θανάτων απο άλλους καρκίνους.

Το κάπνισμα επίσης, επιδρά στην υγεία των γυναικών κατά τρόπο που είναι ειδικός για τις γυναίκες και προσθέτει περυσσότερους κινδύνους. Γυναίκες καπνιστές έχουν υψηλότερο δείκτη σε γυναικολογικούς καρκίνους (τραχήλου μήτρας, ωοθηκών), ενώ αυτές που καπνίζουν και κάνουν χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αρκετές φορές είναι πιο εύκολο ν'αναπτύξουν καρδιαγγειακές νόσους απο εκείνες που δεν κάνουν χρήση κανενός απο τα δύο.

Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος της γυναίκας, αυξάνουν τους κινδύνους της πρόωρης εμμηνόπαυσης, της εξέλιξης και του χαμηλού βάρους των νεογνών κατά τη γέννηση, που αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η υγεία των παιδιών έχει αρνητικά επηρεαστεί απο τη φτώχεια και τον υποσιτισμό. Οι καπνιστές είναι πιο ευάλωτοι, έχουν προδιάθεση στην οστεοπόρωση, ένα μεγάλο πρόβλημα για τους ηλικιωμένους, ειδικά για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Η υγεία των γυναικών επίσης επηρεάζεται δυσμενώς απο το κάπνισμα άλλων, που είναι παθητικό είτε ακούσιο.

Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες, μη καπνίστριες, σύζυγοι βαρειά καπνιστών, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα. Επιπλέον δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και (κατά πλάγιους τρόπους), τις έμμεσες επιπτώσεις, όπως την επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση και την μη οικονομική που κατά κύριο λόγο επιβαρύνουν τις μητέρες που δέχονται τις επιπτώσεις της νοσηρότητας και θνησιμότητας άλλων μελών της οικογένειάς τους, που θίγεται η υγεία τους απο ασθένειες που οφείλονται στο τσιγάρο.

7.2. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Τι μπορούμε να κάνουμε για να ανατρέψουμε και να αναστείλουμε την εξάπλωση της συνήθειας του καπνίσματος στις γυναίκες;

- α) Να μειώσουμε το ήδη αυξημένο ποσοστό καπνίσματος στις γυναίκες των βιομηχανικών κρατών.
- β) Να εξασφαλίσουμε το χαμηλό ποσοστό καπνίσματος των γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες ότι δεν θα αυξηθεί.

Στην προσπάθεια να πετύχουμε αυτούς του στόχους, θα πρέπει να γίνει ανάπτυξη ολοκληρωμένων αντικαπνιστικών προγραμμάτων, και θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και να καταγράψουν τις ανάγκες των καπνιστών. Για να γίνουν όμως όλα αυτά χρειάζονται τρία στοιχεία κλειδιά, η προστασία, η εκπαίδευση η υποστήριξη.

Νέα κορίτσια και γυναίκες, χρειάζονται προστασία και βοήθεια απο τις συνέπειες του καπνίσματος. Ο καπνός στηρίζει μια βιομηχανία, η οποία βρίσκεται συνεχώς κάτω απο μία απειλή, στοτώνοντας απο τη χρήση των προϊόντων της εκατομμύρια άτομα. Για να αυξήσουν οι εταιρείες τα κέρδη

τους χρειάζονται διαφημιστικές καμπάνιες.

Σε όλα αυτά συμμετέχει ως ενεργό μέλος η γυναίκα, όμορφη, ευτυχισμένη, επιτυχημένη, καπνίστρια.

7.3. ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΠΙΕΣΕΙΣ-ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Τα νεαρά κορίτσια και γυναίκες έχουν το δικαίωμα να ενημερωθούν σχετικά με τις βλάβες που το κάπνισμα μπορεί να επιφέρει στην υγεία τους. Έχουν επίσης την ανάγκη να καλλιεργήσουν δεξιότητες όπως, για να αντιστέκονται στις πιέσεις που τις βομβαρδίζουν και τις προτρέπουν να ξεκινήσουν το κάπνισμα καθώς επίσης και για να το διακόψουν. Πρέπει να γίνει ανάπτυξη αξιόλογων προγραμμάτων εκπαίδευσης, αγωγή υγείας σε σχολικό και προσχολικό επίπεδο τα οποία έχουν επιτυχώς μείωση στους δείκτες καπνίσματος στα κορίτσια.

Για τις γυναίκες που σταματούν ή εξακολουθούν να παραμένουν στο χώρο μη χρήσης τσιγάρων, απαιτείται ένας σημαντικός αριθμός υποστήριξης. Υποστήριξη κατά τη διάρκεια της δύσκολης αυτής περιόδου, όπου ο κύκλος εξάρτησης από τη χρήση του καπνού έχει σπάσει. Υποστήριξη που θα τις βοηθήσει να συνδυασουν μαζί με άλλους, λιγότερο επιβλαβείς, τρόπους, τους λόγους και τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην έναρξη του καπνίσματος. Είναι ανάγκη να συγκροτηθεί κατάλληλο περιβάλλον που θα τις ενθαρρύνει, που θα τις κάνει δυνατές, να απελευθερωθούν από αυτή, τη καταστροφική για την υγεία συμπεριφορά και να οδηγήσει σε επιλογές υγείας που είναι οι καλύτερες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

8.1. Κάπνισμα και Διαφήμιση

Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού και η απαγόρευσή τους με οποιοδήποτε τρόπο αποτελεί ένα από τα αγκάθια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Οι αντιρρήσεις και των δύο "στρατοπέδων" είναι σοβαρές γι' αυτό και μέχρι σήμερα δεν επιτεύχθηκε μια μορφή συμφωνίας για τους όρους της πλήρους απαγόρευσης της διαφήμισης των προϊόντων καπνού.

Στο πρόσφατο σεμινάριο της Ε.Α.Ε. αναφέρθηκαν οι εκεί εισηγητές, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την κίνηση "μη καπνιστών" της Κύπρου ότι η μύηση στο κάπνισμα, αρχίζει από την παιδική ηλικία: ειδικότερα: ποσοστό 60% των καπνιστών αρχίζει το κάπνισμα πριν τα 13 τους χρόνια και 90% πριν τα 20.

Στην Αμερική χώρα με 400.000 θανάτους από ασθενείς οι οποίες προκαλούνται από το κάπνισμα ανησυχούν ιδιαίτερα από τις διαφημιστικές προσπάθειες εταιριών καπνού, οι οποίες προσπαθούν να προσελκύσουν νεαρούς υποψήφιους καπνιστές. Ο κατ'έξοχήν λόγος της προσπάθειας για την πλήρη απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού είναι η προστασία των ανηλίκων τούτων ατόμων τουλάχιστον μέχρι την ενηλικίωσή τους, οπότε συνηδητά πλέον θα είναι σε θέση να κάνουν τις επιλογές τους. Η συζήτηση για την πλήρη απαγόρευση των διαφημίσεων όμως συνεχίζεται παντού και οι στόχοι όσων προσπαθούν να προστατεύσουν τους πολίτες και τη δημόσια υγεία πραγματοποιούνται με βήμα σημειωτόν.

Αν λοιπόν απαγορευτούν πλήρως οι διαφημίσεις των προϊόντων καπνού όχι μόνο στα Μ.Μ.Ε. που ήδη έχει γίνει

αλλά και αλλού τότε θα γίνει ένα σημαντικό βήμα στους αγώνες για την προστασία της δημόσιας υγείας και στην προσπάθεια του προγράμματος "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" για μείωση των θανάτων απο καρκίνο μέχρι το 2.000.

Ο δεκάλογος της Ε.Ο.Κ. αναφέρει το μη καπνίζετε σαν πρώτη αιτία ανάπτυξης του καρκίνου. Άλλωστε και το 10ο άρθρο της ευρωπαϊκής ένωσης ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναφέρει:

1. Κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα της ελευθερίας έκφρασης.
2. Η ενέργεια της έκφρασης αυτής έχει ανάγκη απο εργασία και υποχρεώσεις. Μέσα στο πλαίσιο αυτό το κάπνισμα πρέπει να περιοριστεί απο κάθε χώρο δημόσιο ή ιδιωτικό εφόσο προκαλεί ανθυγιεινές καταστάσεις.

Το Ευρωπαϊκό κέντρο ενέργειας για την πρόληψη του καπνίσματος, αναφέρει ότι είναι 10 οι αιτίες υποστήριξης για πλήρη αναστολή διαφήμισης των τσιγάρων:

1. Η διαφήμιση των τσιγάρων δεν είναι αποδεκτή: Η διαφήμιση των τσιγάρων δημιουργεί θετικό κλίμα κοινωνικής αποδοχής και επιθυμίας για κάπνισμα μιάς πράξης που προκαλεί το θάνατο σε 550.000 κάθε χρόνο στις χώρες της ΕΟΚ.
2. Η διαφήμιση των τσιγάρων στοχεύει στην επιστράτευση νέων καπνιστών.
3. Η διακοπή της διαφήμισης των τσιγάρων υποστηρίζεται ενεργό απο το γενικό κοινό.
4. Η διακοπή της διαφήμισης των τσιγάρων μειώνει τη συνήθεια του καπνίσματος ιδίως μεταξύ των νέων.
5. Η διαφήμιση των τσιγάρων δεν ενισχύει μόνο, καθώς αναφέρουν οι καπνοβιομηχανίες την αλλαγή μάρκας τσιγάρων. Αντίθετα ενισχύει τους καπνιστές να καπνίσουν περισσότερο, ενισχύει τους μη καπνιστές να αρχίσουν το κάπνισμα και τέλος επιτρέπει στους καπνιστές να διαιωνίζουν τη συνήθεια

αυτή.

6. Η αρχή της αναστολής της διαφήμισης του καπνίσματος απο τη τηλεόραση έχει γίνει ήδη αποδεκτή και εφαρμόζεται σε όλες τις χώρες της ΕΟΚ απο το 1989.
7. Η διακοπή της διαφήμισης των τσιγάρων δεν έχει σημαντική επίδραση στις οικονομικές επιπτώσεις.
8. Η διακοπή διαφήμισης των τσιγάρων σταματάει τις πληροφορίες αναφορικά με νέα προϊόντα καπνού. Η διαφήμιση των τσιγάρων είναι επιτρεπτή σε όλα τα ειδικά καταστήματα που πουλούν τσιγάρα, όπου και οι καταναλωτές θα δουν κάθε χρήσιμη πληροφορία για καινούργια τσιγάρα.
9. Η διακοπή της διαφήμισης του καπνού δεν είναι κίνδυνος στέρησης ελευθερίας ή ελευθερίας εμπορίου.
10. Τέλος, οι εθελοντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί: Με τη διαφήμιση των τσιγάρων οι διαδικασίες δεν καλύπτουν όλες τις μορφές των παραγωγών καπνού. Οι συμφωνίες για διακοπή είναι χρονοβόρες και μυστικές, δεν είναι δυνατή η καταγραφή της κοινής αποδοχής και δεν υπάρχουν ποινές εάν παραβλέψει κανείς ότι έχει υποσχεθεί.

8.2. Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χώρα μας χαρακτηρίζεται απο μερικά θλιβερά παγκόσμια ρεκόρ. Ένα απο αυτά είναι ότι βρίσκεται στη κορυφή της κατανάλωσης τσιγάρων ανάμεσα στις χώρες του δυτικού κόσμου, σύμφωνα με αξιόπιστα διεθνή στοιχεία. Είναι ακόμα αξιόλογο να τονίσουμε ότι η χώρα μας, εδώ και αρκετά χρόνια δεν ασκείται αντικαπνιστική πολιτική απο τη στιγμή που ασκείται σε χώρες όπως η Βενεζουέλα, η Μαλαισία και το Σουδάν. Μέσα σ'όλα αυτά ιδιαίτερα ευχάριστη η πρόσφατη αναγγελία του υπουργείου υγείας, πρόνοιας και κοινω-

νικών ασφαλίσιτων για την έναρξη μιάς νέας αντικαπνιστικής εκστρατείας σε πανεθνική κλίμακα. Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι η Αθήνα εύλογα διεκδικεί το τίτλο της πρωτεύουσας του τσιγάρου και οι Έλληνες το τίτλο του πρωταθλητή στο άθλιο αυτό άθλημα του καπνίσματος. Ζούμε στο παράδεισο του τσιγάρου έγραψε πρόσφατα σε άρθρο της η ψυχολόγος Α.Κυριακοπούλου, όπου η διαφήμιση ασκεί τη δική της γοητεία, προβάλλοντας κάποια επιτυχημένα, σύμβολα και αποκρύπτοντας την αλήθεια. Για την έκταση του προβλήματος καθώς επίσης και για τις συνέπειες, υπάρχει πολύ πλούσια ελληνική βιβλιογραφία αρκετές δημοσιεύσεις στον ελληνικό και τον διεθνή ιατρικό τύπο, μονογραφίες, διατριβές κ.τ.λ., που πρόσφατα συγκεντρώθηκαν και εκδόθηκαν σε ειδικό φυλλάδιο για διευκόλυνση των ενδιαφερομένων. Σε πρόσφατες δημοσιεύσεις οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

- α) Οι νέοι αρχίζουν να καπνίζουν κατά δύο χρόνια νωρίτερα από ότι άρχισαν οι γονείς τους.
- β) Το ποσό των παιδιών που καπνίζουν είναι υπερδιπλάσιο από το ποσοστό των γονιών τους στην ίδια ηλικία.

8.3. ΑΓΩΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ-ΕΜΠΟΔΙΑ

Απο δεκαετίας περίπου το πρόβλημα διακοπής καπνίσματος έχει τεθεί σε διεθνή κλίμακα σαν πρωταρχικός στόχος διατήρησης της υγείας. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, η διεθνής ένωση κατά του καρκίνου, πιο τελευταία το πρόγραμμα της ενωμένης ευρώπης, χωρίς να αγνοήσουμε και τις τεράστιες προσπάθειες κάθε κράτους να εφαρμόσει προγράμματα και στόχους που θα περιορίσουν το κάπνισμα. Πολλές ενέργειες έχουν αρχίσει από τις ίδιες τις κυβερνήσεις, όπως

η αντικαπνιστική πολιτική, οι ιατρικές εταιρείες, οι ιατρο-κοινωνικές εταιρείες όπως και η ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Αλλά ο αγώνας στην αρχή ήταν παντού άνισος. Απο τη μια πλευρά ήταν οι διάφοροι φορείς που έβλεπαν να αυξάνονται γοργά οι θάνατοι απο καρκίνο και άλλες παθήσεις, ακόμα και να πολλαπλασιάζεται η νοσηρότητα ανθρώπων που κάπνιζαν ή ζούσαν σε κπανιστικούς χώρους. Απο την άλλη οι αντίπαλες ομάδες, βιομηχανίες καλλιεργητές, οικονομικοί παράγοντες απο τη διεθνή ή και την ελληνική μετακίνηση του καπνού δεν ήθελαν να πιστέψουν τις σωματικές αλλά και τις ψυχικές επιδράσεις των καπνιστών. Στην Ελλάδα ο αντικαπνιστικός αγώνας είναι, πράγματι, ένα τιτάνειο έργο. Αν υπολογίσουμε ότι το 10% περίπου του εργατικού δυναμικού εργάζεται με το καπνό ή τα προϊόντα καπνού; όπως εργάτες βιομηχανικών τσιγάρων ακόμα και μικροί περιπτεριούχοι, σε μέρη που πουλούν λίγες ακόμη αφημερίδες ή καραμέλες, η πολεμική εναντίον του καπνίσματος πρέπει να έχει τόσους στόχους ώστε να πειστούν όλοι ότι μόνο ωφέλεια μπορεί να έχουν απο τον αγώνα εναντίον του καπνίσματος. Έχουμε ήδη απο αρκετά χρόνια προτείνει να μεταβληθούν μεταβλητά αλλά και γοργά η καλλιέργεια καπνού και στο σημείο αυτό συμφωνεί και η υγειονομική πολιτική της ΕΟΚ. Πολλά είναι τα καλλιεργήσιμα είδη που μακροπρόθεσμα αλλά και στο άμεσο και στο έμμεσο μέλλον μπορούν να αποδώσουν μεγαλύτερα κέρδη στους γεωργούς και να μη βλάπτουν την υγεία τους. Γενιέται όμως το ερώτημα. Ποιός πρέπει να κάνει τον αγώνα κατά του καπνίσματος; Η πρώτη και η πιο άμεση απάντηση είναι: ο καθένας μας. Κάθε άνθρωπος μεγάλος ή μικρός ασ ζει στη πόλη ή στην ύπαιθρο άντρας ή γυναίκα, μέσα στο γραφείο, στο καφεενείο

ή στο σπίτι πρέπει να συνεχίζει να μεταδίδει τις γνώσεις ή τα συνθήματα σχετικά με τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος όσο πιο συχνά μπορεί. Μερικές φορές ακούμε μικρά παιδιά που λένε στους γονείς του ότι θα φύγουν από το σπίτι αν συνεχίζουν να καπνίζουν οι γονείς τους. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα μεγάλων ανθρώπων, που ήταν αρεμάνιοι καπνιστές και σταμάτησαν απότομα τη συνήθεια αυτή όταν ο μικρός εγγονός άρχισε να κλαίει ή να γκρινιάζει όταν κάπνιζε ο παπούς τους, λέγοντας επιγραμματικά: "μη ξανάρθεις στο σπίτι" και ο καπνιστής παπούς σταμάτησε το κάπνισμα. Στην Ελλάδα η γενική αντιμετώπιση του πληθυσμού πρέπει να είναι λίγο πιο δραστήρια. Τα νομοθετικά μέτρα πρέπει να αυξηθούν να επεκταθεί η απαγόρευση του καπνίσματος σε κάθε δημόσιο χώρο, στα μέσα συγκοινωνίας, στις πτήσεις εσωτερικού εφόσον όλες είναι κάτω της μίας ώρας, σε τράπεζες, υπουργεία κτλ. δίνοντας άδεια 5' λεπτά κάθε δώρο για τους καπνιστές για ένα τσιγάρο. Έτσι σιγά-σιγά θα γίνουν δακτυλοδεικτούμενοι. Στο νοσοκομείο "Άγιος Σάββας" αποφάσισαν να δώσουν τρεις μέρες άδεια επιπλέον κάθε χρόνο σ'όσους διακόψουν το κάπνισμα. Είναι φυσικό ότι υπάρχουν ομάδες πληθυσμού που επιθυμούν να ακούσουν επιστημονικά στοιχεία από γιατρούς για να σκεφτούν και να πάρουν την καλύτερη απόφαση για την υγεία τους. Στις περιπτώσεις αυτές καθοδηγητής ή παρουσιαστής πρέπει να είναι κάποιο υγειονομικό μέλος και να παρουσιάζει φωτεινές εικόνες αντιπροσωπευτικές του κόσμου που έχει απέναντί του. Δηλ. με άλλο τρόπο να πλησιάσει τη νεολαία που ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου γι'αυτούς είναι απώτερος και με διαφορετικό τρόπο τη μέση ηλικία καπνιστών ή που ζουν συνέχεια σε καπνιστικό περιβάλλον όπου ο κίνδυνος να παρου-

σιάσουν καρκίνο πνεύμονος είναι άμεσος αλλά σε τελική ανάλυση οι καπνιστές που σταμάτησαν τη συνήθεια αυτή και νιώθουν τη μεγάλη διαφορά και την ευεξία σχεδόν άμεσα μετά τη διακοπή του καπνίσματος γίνονται οι καλύτεροι και οι πιο ευθερμοί της συνήθειας του καπνίσματος.

Γραφίστες και σκιτσογράφοι είναι συνήθως εκείνοι που σχεδιάζουν το εικονογραφικό μέρος στα διάφορα αντικαπνιστικά μηνύματα. Στη παγκόσμια πρακτική δεν έχουν χρησιμοποιηθεί ως τώρα για το σκοπό αυτό έργα τέχνης. Κι όμως τέτοια έργα υπάρχουν και είναι σκόπιμο να επισημανθούν και ακόμα πιο σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν και να συνδεθούν με την αντικαπνιστική πολιτική.

Το κέρδος σ' αυτές τις περιπτώσεις θα είναι διπλό. Θα έχει προωθηθεί ένα μήνυμα για την υγεία και θα έχει, ταυτόχρονα, καλλιεργηθεί η αισθητική αγωγή του κοινού. Ίσως μάλιστα να έχει όχι απλή, αλλά πολλαπλασιαστική αποτελεσματικότητα.

Ακόμα βασικό είναι να γίνει έκκληση για τους κινδύνους του καπνίσματος:

ΕΠΕΙΔΗ έχει γίνει πια δεκτό ότι στις αναπτυγμένες χώρες, ένας από τους εχθρούς της υγείας που είναι δυνατό να εξαληφθεί είναι το κάπνισμα που είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της υγείας μας.

ΕΠΕΙΔΗ η Ελλάδα είναι χώρα με πολύ μεγάλη και συνεχώς αυξανόμενη κατανάλωση καπνού.

ΕΠΕΙΔΗ στη χώρα μας πεθαίνουν κάθε χρόνο τουλάχιστον 10 χιλιάδες άτομα από ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα.

Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι ιατρικές εταιρείες και οι ιατρικοί σύλλογοι απευθύνουν έκκληση προς:

- α. ΤΗΝ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ, ώστε να αρχίσει να προγραμματίζει την αντικατάσταση καλλιεργιών και βιομηχανικών καπνών με άλλες που δεν καταστρέφουν την υγεία.
- β. ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, για να αρχίσει πάλι έντονη, συστηματική και μακρόχρονη εκστρατεία διαφώτισης του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος.
- γ. ΤΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥΣ, ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ για να εντάξουν στα προγράμματά τους θέματα σχετικά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους τρόπους αποφυγής των κινδύνων.
- δ. ΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ - ΤΟΝ ΤΥΠΟ, για να ελατώσουν και τελικά να καταργήσουν τη διαφήμιση των τσιγάρων καθώς επίσης να διευκολύνουν και να βοηθήσουν τη διάδοση κάθε αντικαπνιστικού μηνύματος.
- ε. ΚΑΘΕ ΑΤΟΜΟ, που εμφανίζεται στην τηλεόραση και αποτελεί πρότυπο για τους νέους, για να μην προβάλλει τη κακή συνήθεια του καπνίσματος.
- στ. ΚΑΘΕ ΠΟΛΙΤΗ-ΚΑΘΕ ΓΟΝΙΟ, για να βοηθήσει τους εφήβους μας με το παραδειγμά του ώστε να μην αρχίσουν την ολέθρια αυτή συνήθεια.
- ζ. ΤΕΛΟΣ ΟΛΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ, για να δώσουν πρώτοι το καλό παράδειγμα, σταματώντας το κάπνισμα ή τουλάχιστον να μη καπνίζουν σε υγειονομικούς χώρους και όπου αλλού του βλέπουν οι πελάτες τους.

Μερικά απο τα εμπόδια που συναντά ο αντικαπνιστικός αγώνας είναι τα ακόλουθα:

- α) Κενά στις ιατρικές και επιδημιολογικές γνώσεις. Σήμερα οι ιατρικές γνώσεις γύρω απο την επίδραση του καπνού στην υγεία είναι αρκετές. Επίσης μεγάλη αναλογία του κοινού είναι ενημερωμένη. Πλην όμως δεν έχει ασκηθεί συστηματι-

κή διαπαιδαγώγηση σε ομάδες πληθυσμού που είναι οι πλέον επιρρεπής γιατί δεν υπάρχουν ειδικές έρευνες για τις διασυνδέσεις του καπνίσματος με τους άλλους παράγοντες κινδύνου.

β) Οικονομικές και πολιτικές αντιδράσεις.

Αναμφίβολα οι επιπτώσεις απο το περιορισμό του καπνίσματος θα είναι μεγάλες για τις εθνικές οικονομίες καπνοπαραγωγών χωρών. Ίσως για αυτό το λόγο δεν έχουν υποστηριχθεί πολύ τα κρατικά αντικαπνιστικά προγράμματα. Πάντως όσο περισσότερες ιατρικές και επιδημιολογικές αποδείξεις υπάρχουν για τις ζημιές που προκαλούνται στις εθνικές οικονομίες απο τις επιπτώσεις τους καπνίσματος τόσο η κρατική υποστήριξη θα είναι μεγαλύτερη.

γ) Ανεπάρκεια γνώσεων ως προς τη συμπεριφορά του καπνιστού. Είναι και η αιτία που δεν μπορούμε να βοηθήσουμε εκείνους που θέλουν να σταματήσουν. Φαίνεται πάντως ότι χρειάζεται κατάλληλο κοινωνικό κλίμα για να διευκολυνθεί η προσπάθεια που όλοι λίγο πολύ οι καπνιστές κάνουν. Τα ομαδικά προγράμματα βοήθειας προς τους καπνιστές δεν απέδωσαν μέχρι σήμερα περισσότερο απο ότι οι ατομικές αυθόρμητες προσπάθειες του κάθε καπνιστή. Μέτρα που έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες όπως ειδικές φορολογίες των καπνών, αύξηση τιμής τσιγάρων πολυτελείας, ακριβά τσιγάρα, διάφορες απαγορεύσεις, δυσκολίες στη προμήθεια τσιγάρων απαγόρευση των διαφημίσεων και άλλων είναι μεν χρήσιμα αλλά δεν μπορούν ακόμα να αξιολογηθούν τα αποτελέσματά τους. Ενώ τέλος ένας τομέας που χρειάζεται έρευνα είναι η αγωγή υγείας των νέων με προγράμματα ικανά να εμποδίσουν την έναρξη του καπνίσματος.

δ) Έλλειψη επικοινωνίας και συντονισμού.

Απαιτείται ένα σύστημα συνεχούς επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών. Όσο καλές και αν είναι στην ιδέα οι διεθνείς συναντήσεις και οι αυθόρμητες σποραδικές αναλύσεις του προβλήματος του καπνίσματος δεν μπορούν να αντικαταστήσουν ένα συνεχές σύστημα επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών.

8.4. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΙΑΤΡΟΙ)

Το κλειδί σ'όλα αυτά είναι η υγειονομική ομάδα με το παράδειγμά της. Μέλος της υγειονομικής ομάδας που καπνίζει μπροστά στον άρρωστο, δεν πείθει με τίποτε ενώ διαφορετική πειστικότητα διαθέτουν σε περίπτωση που δεν καπνίζουν. Ένας γιατρός, ηλικίας 31 ετών τώρα, ο οποίος έχασε τον πατέρα του απο καρκίνο των πνευμόνων εξ'αιτίας του καπνίσματος, όταν αυτός ήταν ακόμα παιδί, μόλις ηλικίας 6 ετών, και τον θυμάται συνεχώς να βήχει, δεν δέχεται ως αρρώστους του εκείνους που δε θέλουν να κόψουν το κάπνισμα και θεωρεί θρίαμβο του να πείθει έστω και έναν κάθε βδομάδα απο τους αρρώστους του να το κόψει.

Στο τόπο μας τα παραδείγματα δεν βοηθούν, διότι σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα οι γιατροί παρουσιάζονται ως οι βαρύτεροι καπνιστές απο όλο το πληθυσμό. Το ποσοστό των γιατρών που καπνίζουν ανέρχεται σε 64,5% έναντι του γενικού πληθυσμού με 45% απο έρευνα σε μεγάλα Νοσοκομεία ακόμη και αντικαρκινικά. Περισσότερο πρόσφατες έρευνες παρουσιάζουν δυσμενέστερη τη κατάσταση. Απο έρευνες στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ο αριθμός των καπνιστών στη χώρα μας ανέρχεται σε 69.89% στις ηλικίες 16-65 ετών απο τους οποίους

το 45% είναι συστηματικοί καπνιστές ενώ στις παιδικές ηλικίες απο 12-17 ετών ανέρχεται σε 37,2% με συστηματικούς καπνιστές το 21,7%. Η δε ετήσια κατανάλωση καπνού αυξήθηκε κατά 8,8% μεταξύ Δεκεμβρίου 1985 και Δεκεμβρίου 1986.

Απο πρόσφατη επίσης μελέτη, στο Νοσοκομείο 'Άγιοι Ανάργυροι, προέκυψε ότι οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν ακόμη πιο υψηλά ποσοστά, δηλαδή ότι: Επi 458 ανδρών, καπνίζουν 342 δηλ. το 75%. Επi 422 γυναικών καπνίζουν 306 δηλ. το 72,5%. Το γεγονός αυτό εντυπωσιάζει ακόμα περισσότερο, γιατί πρόκειται για νοσοκομείο καρκινοπαθών και οπωσδήποτε προσφέρει το χειρότερο παράδειγμα και μάλιστα σ'ένα περιβάλλον στο οποίο νοσηλεύονται καρκινοπαθείς, θύματα του καπνίσματος. Και ενώ ζουν τόσες και τόσες τραγικές συνέπειες του καπνίσματος, αυτοί δεν το κόβουν. Όμως σ'άλλες χώρες η κατανάλωση του καπνού απο το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε κατά 50%. Αντίθετα η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα της ΕΟΚ σε κατανάλωση τσιγάρων.

Ο THOMAS EDISON φανταζόταν το γιατρό του μέλλοντος να δίνει λιγότερα φάρμακα και περισσότερες συμβουλές για τις διαιτητικές συνήθειες και τους τρόπους πρόληψης των ασθενειών. Η εποχή αυτή φαίνεται ότι δεν έφτασε ακόμα, τουλάχιστον όσο αφορά το κάπνισμα. Το υγειονομικό προσωπικό ούτε έναν απο τους δύο καπνιστές που εξετάζει η νοσηλεύει συστήνει τη διακοπή του καπνίσματος, όταν δεν έχουν συμπτώματα που να αποδίδονται στο κάπνισμα. Σε νέους ενήλικες, εκεί δηλ. που πρέπει κατά προτεραιότητα να δοθεί η μάχη της πρόληψης, η σύσταση για διακοπή του καπνίσματος γίνεται ακόμα λιγότερο συχνά. Το παράδοξο είναι οι νοσηλευτές και οι ιατροί εξακολουθούν να μη

Αφτού γιατρέ μου, αφτού που αεροάζεε τώρα,
νιώθω το καψίμο που βας έλεγα



Μάρτιος 90
ΑΠΕΛΑ

συμβουλεύουν τη διακοπή του καπνίσματος ακόμα και σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι υπερτασικοί, παχύσαρκοι, διαβητικοί.

Θα πρέπει λοιπόν το υγειονομικό προσωπικό να βοηθάει τους καπνιστές αρρώστους τους με τον ακόλουθο τρόπο:

- α) Να λαμβάνουν ποσοτικό ιστορικό του καπνίσματος
- β) Να εξηγούν τους κινδύνους που διατρέχει η υγεία με ένα προσωπικά σχετικό τρόπο.
- γ) Να επισημαίνουν τα ωφέλη που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος.
- δ) Να συμβουλεύουν και να βοηθούν τον άρρωστο για να διακόψει το κάπνισμα.
- ε) Να ενισχύουν τον άρρωστο με ένα πρόγραμμα συντηρήσεως.

8.5. Η ευθύνη της Πολιτείας

Όπου ο κόσμος ενημερώνεται σωστά, μειώνεται η κατανάλωση του καπνού. Στις ΗΠΑ π.χ. κάπνιζε το 44% του πληθυσμού παλαιότερα. Το 1980-1982 το ποσοστό μειώθηκε στο 33% το 1985 στο 30,5% και σήμερα υπολογίζεται στο 27%. Στην Ελλάδα τα ποσοστά είναι περισσότερο απο διπλάσια. Στη χώρα, μας ατυχώς, ορθές διαπιστώσεις γίνονται, αλλά δραστηκά μέτρα δεν λαμβάνονται.

Στην ιστορία αυτού του τόπου, για το θέμα αυτό, υπήρξε μια περίοδος απαοδόσεως κάποιων προσπαθειών που ατυχώς δεν συνεχίσθηκαν. Ήταν η περίοδος που επι Υπουργίας Σπ.Δοξιάδη στο Υπουργείο της Υγείας αναλήφθηκε μια έντονη αντικαπνιστική εκστρατεία, βασιζόμενη σε μυνήματα απο ραδιοφώνου και τηλεοράσεως, με πόστερς, ανακοινώσεις και ποικίλες άλλες ενέργειες με αποτέλεσμα την ελλάτωση στο μηδέν περίπου της ετήσιας αυξήσεως της καταναλώσεως καπνού

στη χώρα μας, απο 6% που ήταν προηγουμένως. Όταν όμως η εκστρατεία αυτή ανεστάλη η κατανάλωση αυξήθηκε και πάλι, και μάλιστα πέρα απο τα προηγούμενα απο την περίοδο της εκστρατείας επίπεδα. Για να αποδειχθεί για μια ακόμη φορά ότι, όταν οι προσπάθειες είναι σωστές και συστηματικές, αποδίδουν.

Τώρα πλέον δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για το θάψιμο της αντικαπνιστικής εκστρατείας. Υπήρξε βεβαίως πριν λίγο καιρό μια κάποια αναζωπύρωση του αντικαπνιστικού αγώνα, ατυχώς όμως ως φραστική μόνον ανταπόκριση στην πρωτοβουλία που είχε το 1987 ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος να μεταφέρει και στη χώρα μας τα πικρά διδάγματα και τα μηνύματα της ΕΟΚ.

Ο Δήμος Αθηναίων κάπως κινητοποίησε την κοινή γνώμη με τη διαφωτιστική προσπάθεια την οποία άρχισε την Άνοιξη του 1987 και την συνέχισε το Φθινόπωρο και μετά. Αυτά όμως θέλουν και τη συνέχεια με σύστημα και πολλά άλλα. Μία πραγματική "Παυστρατεία".

Ήδη ευτυχώς σήμερα δραστηριοποιείται έντονα η νεοϊδρυθείσα Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία με πολλές εκδηλώσεις.

Εξ'άλλου η Πολιτεία έχει αναλάβει επαινετές και ουσιαστικές πρωτοβουλίες, οι οποίες ευχόμαστε να ευοδωθούν και να συνεχιστούν.

Δεν μπορεί ασφαλώς να θεωρηθεί μέθοδος αντικαπνιστική ή υπέρμετρη μόνον αύξηση της τιμής του καπνού και των τσιγάρων, με σκοπό, τάχα τον περιορισμό της καταναλώσεώς τους, όταν μια τέτοια τακτική, ανάλογη εκείνης με την αύξηση της τιμής των καυσίμων για τη μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, εξυπηρετεί την εισπρακτική πολιτική του κράτους

και μόνον.

Διερωτάται βεβαίως κανείς, γιατί τόση άγνοια, αφού είναι γνωστό πλέον ότι τα οποιαδήποτε τέτοια έσοδα και όλα τα άλλα άμεσα ή έμμεσα εκ της διακινήσεως του καπνού είναι μικρότερα απο τις δαπάνες για τις βλάβες της υγείας (έξοδα νοσηλείας, αναπηρικές συντάξεις).

Και γιατί δεν γίνονται οι απαραίτητες μελέτες ώστε να αξιοποιηθούν οι προσφορές της ΕΟΚ, με τα ΜΟΠ για αναδιαρθρώσεις των καλλιεργειών πριν οι άλλτες ζωτικές παραγωγικές περιοχές της πατρίδας μας φθάσουν στην ολοκληρωτική οικονομική καταστροφή.

Είναι καιρός πλέον όλοι να αναλάβουν τις ευθύνες τους, ο καθένας στα πλαίσια της αρμοδιότητάς τους όταν μάλιστα πρόκειται και για το σπουδαιότερο μεμονωμένο αίτιο νοσήσεως και θανάτου το οποίο μπορεί να προληφθεί.

8.6. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Απο το 1974, η επιτροπή ειδικών για το κάπνισμα και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων υγειονομικές διαφώτισης και πρόληψης του καπνίσματος. Οι κυριότερες απο τις συστάσεις της επιτροπής ήταν οι ακόλουθες:

α) Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Με την έννοια αυτή θα πρέπει να τονίζει την αξία της καλής υγείας και να αντιμετωπίζει το κάπνισμα σαν μια δραστηριότητα που βρίσκεται κάτω απο τον έλεγχο του ατόμου και μπορεί ανάλογα να καθορίσει αν θα κερδίσει ή

θα χάσει την υγεία του.

β) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο απο τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.

γ) Η εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει ήδη απο το σπίτι και το δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται στα διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μνημάτων της.

δ) Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που απο τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων εκτός απο τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κύρια οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές και οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργάνωσης της νεολέας.

ε) Υγειονομικές αρχές και οι οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές, για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδαχτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους απο το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας των σχολείων των πανεπιστημίων και άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

στ) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές και ιδρύματα και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων και στη διαρκή ενημέρωση των εκπαιδευτικών πάνω στο θέμα. Το πρόβλημα όμως της αντιμετώπισης της επιδημίας του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα και ό-

πως εύστοχα παρατηρούν πολλοί ερευνητές εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό για το μελλοντικό σχεδιασμό της εκπαίδευσης υγείας, είναι η προσέγγιση με την λογική "ένα σχήμα που ταιριάζει για όλα" αντεδεικνύεται στη περίπτωση της εκπαίδευσης των μαθητών σ'ότι αφορά τόσο το περιεχόμενο των μνημάτων και της δομής τους, όσο πιθανώς και στο κλασσικό τρόπο διδασκαλίας μέσα στην τάξη. Για να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, θα πρέπει να διερευνηθούν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για περιορισμένο αριθμό παιδιών με διαφορετικό υπόβαθρο έκθεσης, εμπλοκής και ωριμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

9.1. ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Τριάντα χρόνια έχουν περάσει από τότε που τεκμηριώθηκε η βλαπτική επίδραση του καπνού στην υγεία και ο αριθμός των καπνιστών συνεχίζει να αυξάνει μέχρι σήμερα. Οι εννιά στους δέκα καπνιστές επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά μόνο ένας ή δύο προσπαθούν κάθε χρόνο. Το 64% των καπνιστών διακόπτουν το κάπνισμα, χωρίς να ακολουθήσουν συγκεκριμένη μέθοδο. Όλοι οι καπνιστές μπορούν με επιτυχία να αλλάξουν τις καπνισματικές τους συνήθειες. Οι διάφορες μέθοδοι πετυχαίνουν διακοπή στο 20% των καπνιστών με συχνότητα υποτροπής 70-80% στο πρώτο χρόνο. Τα ποσοστά αυτά βελτιώθηκαν στη δεκαετία του 1980 με μείωση των υποτροπών στο 40-50%.

Απαραίτητος όρος είναι η προσπάθεια των καπνιστών.

Ο ι ι α τ ρ ι κ έ ς σ υ μ β ο υ λ έ ς, ακόμα και όταν είναι ολιγόλεπτες μπορούν να οδηγήσουν στη διακοπή του καπνίσματος. Πρέπει επίσης να εκτιμάται η διάθεση του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει τον αριθμό των τσιγάρων τα έτη καπνίσματος, το επάγγελμα, τις αποτυχημένες προσπάθειες που προηγήθηκαν και τις αιτίες διακοπής (εξοικονόμηση χρημάτων, καλό παράδειγμα για τα παιδιά, κρυολογήματα, δυσάρεστη οσμή ρούχων). Ακολουθεί ο σχεδιασμός του προγράμματος με τον ακριβή καθορισμό της ημέρας διακοπής που γίνεται αποδεκτή ενυπόγραφα από τον άρρωστο. Η προσωπική σχέση καπνιστή - γιατρού πρέπει να ενισχύεται. Προϋπόθεση είναι το πρότυπο του γιατρού, ο οποίος δεν καπνίζει. Μερικές φορές είναι απαραίτητη

η συχνή τηλεφωνική επικοινωνία καπνιστή και γιατρού όταν η διάθεση για κάπνισμα είναι έντονη.

Η χρησιμοποίηση φαρμάκων έχει σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος και την αποφυγή των συμπτωμάτων της διακοπής. Η νικοτίνη προκαλεί 6-8 φορές περισσότερο εθισμό από το οινόπνευμα. Το σύνδρομο μετά τη διακοπή του καπνίσματος περιλαμβάνει, άγχος, ευερεθιστότητα, κεφαλαλγία, αύξηση ορέξεως, αυπνία, γαστρεντερικά ενοχλήματα. Τα συμπτώματα είναι παροδικά συμβαίνουν τις πρώτες 24 ώρες και ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Οι χρήστες τσίχλας νικοτίνης πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα απ' αυτούς που πήραν PLACEBO αγωγή. Τα ποσοστά υποτροπής τον πρώτο χρόνο κυμαίνονται στο 70%. Η τσίχλα νικοτίνης χρησιμοποιείται για 15 χρόνια στη Σουηδία. Απελευθερώνει κατεχολαμίνες και αντεδείκνυται σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα, αρρυθμίες, εγκυμοσύνη, στηθάγχη, έλκος, υπερθυρεοειδισμό. θεωρείται ότι είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με ιατρικές συμβουλές στην αρχή της θεραπείας και όταν υπάρχουν συμπτώματα κάτω από ιατρική παρακολούθηση. Η χρήση λομπελίνης αμφεταμίνης, διαζεπάμης δεν έδωσαν καλύτερα αποτελέσματα από τη τσίχλα νικοτίνης.

Τα προγράμματα τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελούν επιτυχημένες μεθόδους διακοπής. Η μέθοδος αυτοελέγχου χρησιμοποιείται στο εξωτερικό με ποσοστό διακοπής 40-60%. Μέθοδοι όπως το ηλεκτροσοκ και η χρήση ερεθισμάτων που συνοδεύουν το κάπνισμα έτσι ώστε να συνδυάζονται δυσάρεστα από τον καπνιστή, δεν χρησιμοποιούνται συχνά σήμερα.

Τα ποσοστά διακοπής με ύπνωση ποικίλουν από πολύ χαμηλά (4%) έως πολύ ψηλά (88%) μετά από εξάμηνη παρακο-

λούθηση.

Αν και υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για το βελονισμό υπάρχουν λίγα βιβλιογραφικά δεδομένα. Συχνά χρησιμοποιείται ως συνοδός αγωγή άλλων μεθόδων. Πρόσφατη μελέτη σε 194 ασθενείς έδειξε ότι ποσοστό 95% διέκοψαν το κάπνισμα μετά τρεις θεραπείες βελονισμού. Το ποσοστό επιτυχίας μειώθηκε βαθμιαία σε 34% μετά από 12 μήνες και σε 30% μετά από 24 μήνες παρακολούθηση.

Η εκπαίδευση είναι η συχνότερη μέθοδος διακοπής και συνδυάζεται με όλες τις μεθόδους που αναφέρθηκαν. Ακόμα και σήμερα μεγάλο ποσοστό δε γνωρίζει ότι το κάπνισμα είναι αιτία καρκίνου πνεύμονος και ενοχοποιείται για τις καρδιακές προσβολές. Το κάπνισμα σε συνδυασμό με υπερχοληστεριναιμία υπέρταση, και την καθιστική ζωή, αυξάνει τη νοσηρότητα και τους θανάτους από νόσο των στεφανιαίων αγγείων. Τα προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να διευρύνονται και να περιλαμβάνουν ενημέρωση για τη μείωση πολλαπλών παραγόντων κινδύνου όπως διατροφή και καθιστική ζωή. Καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται σε ομάδες τέως καπνιστών με εβδομαδιαίες συναντήσεις που αποσκοπούν στη ψυχολογική υποστήριξη.

Σε πείσμα της ανάπτυξης των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος οι περισσότεροι άνθρωποι επιτυγχάνουν το σκοπό τους μόνοι. Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα στηρίζονται στην αποφασιστικότητα και στην ψυχολογική υποστήριξη των τέως καπνιστών. Ο γιατρός είναι ο κυριότερος παράγοντας της αντικαπνιστικής εκστρατείας, υπεύθυνος για την εκπαίδευση και την παρακολούθηση των καπνιστών που επιδιώκουν την διακοπή του καπνίσματος.

1. Αγοράσθε μόνο ένα κουτί τσιγάρα - ποτέ πολλά μαζί.
2. Μην παίρνετε τσιγάρο όταν σας το προσφέρουν.
3. Μετά από κάθε τσιγάρο που καπνίζετε, κρύψτε το κουτί.
4. Καπνίστε το πρώτο τσιγάρο μετά το πρωινό.
5. Καπνίζετε μόνο τσιγάρα με φίλτρο.
6. Μην παίρνετε από τους φίλους σας τσιγάρα όταν τελειώσουν τα δικά σας.
7. Μετά από κάθε κουτί τσιγάρου που θα καπνίζετε, αλλάξτε τη μάρκα.
8. Τα λεφτά που ξοδεύετε τώρα για τσιγάρα και τα λεφτά που ξοδεύατε πριν αρχίσετε αυτό το πρόγραμμα είναι λιγότερα. Αυτή τη διαφορά βάλετε την "στην άκρη" π.χ. σ'ένα κουμπαρά.
9. Μην καπνίζετε στο κρεβάτι, ούτε πρωί, ούτε βράδυ.
10. Μην καπνίζετε στο δρόμο.
11. Μην καπνίζετε για να μην φάτε. Φάτε καλύτερα ένα φρούτο.
12. Μετά από κάθε κάπνισμα ενός τσιγάρου, καθαρίστε το τασάκι και ρίξτε τη στάχτη στο σταχτοδοχείο.
13. Κάθε φορά που εισπνέετε μια ρουφηξιά, αφήστε το τσιγάρο από το χέρι στο σταχτοδοχείο.
14. Βάζετε τα σπύρτα μακριά σας, ώστε να σηκώνεστε να τα παίρνετε κάθε φορά.
15. Πριν ανάψετε το τσιγάρο περιμένετε λίγο, πάρτε μία βαθιά αναπνοή.
16. Αφήστε τον αναπτήρα ή τα σπύρτα σας και παρακαλέστε τους άλλους να σας δίνουν φωτιά.
17. Μην καπνίζετε οδηγώντας.
18. Πριν να καπνίσετε, σκεφτείτε, όχι τώρα θα καπνίσετε, περιμένετε λίγο.

19. Μην καπνίζετε όταν περιμένετε το φαγητό.
20. Μην καπνίζετε όταν γράφετε.
21. Καπνίζετε ένα τσιγάρο μόνο ως τη μέση.
22. Περιμένετε πέντε λεπτά από τη στιγμή που θα θέλατε να καπνίσετε ως τη στιγμή που θα καπνίσετε τελικά.
23. Καθαρίστε το σταχτοδοχείο μόνοι και τοποθετήστε το κάθε φορά μακριά σας.
24. Προσπαθήστε να περιμένετε 10 λεπτά από τη στιγμή που επιθυμείτε να καπνίσετε και που καπνίζετε τελικά.
25. Σηκωθείτε από το τραπέζι μετά το φαγητό και κάντε κάτι άλλο.
26. Μην καπνίζετε όταν περιμένετε.
27. Σβήνετε το τσιγάρο μετά από κάθε ρουφηξιά και ανάβετε άλλο.
28. Όταν είσαστε με άλλους καπνίζετε ένα τσιγάρο την ώρα.
29. "Ρουφάτε" κάθε δεύτερη φορά τον καπνό μέσα.
30. Καπνίζετε μόνο πια στο σπίτι σας και όχι σε ένα μέρος άνετο (π.χ. στη "γωνιά" σας) αλλά καθισμένοι σε μία καρέκλα που δεν "βολεύθεσθε".
31. Μην καπνίζετε όταν συζητάτε.
32. Αμα ακόμη καπνίζετε μην κάνετε τίποτα άλλο π.χ. διάβασμα, γράψιμο κ.λ.π.).
33. Μην καπνίζετε όταν έχετε μία σπουδαία δουλειά (π.χ. σύσκεψη στο γραφείο ή προετοιμασία για εξετάσεις με άλλους συμφοιτητές).
34. Μην καπνίζετε όταν καπνίζουν άλλοι μπροστά σας.
35. Προσπαθήστε να μη εισπνέετε πια καθόλου τον καπνό.
36. Μην καπνίζετε πια καθόλου την ώρα της δουλειάς.
37. Μην καπνίζετε όταν πάτε στο καφενείο για καφέ ή για ποτό.

Ακόμα πιο αποτελεσματικές είναι οι παρακάτω συμβουλές :

- α. Να απομονωθεί από το ασύνετο περιβάλλον των λοιπών καπνιστών.
- β. Να αλλάξει κλίμα και να εγκατασταθεί, για μια εβδομάδα περίπου, σε εξοχικό περιβάλλον, κατά προτίμηση βουνίσσιου μακρυνά δηλ. από καφενεμία, κοσμικές συγκεντρώσεις και την οσμή του καπνού γενικά.
- γ. Να ασχολείται όλη την μέρα στην εξοχή με ποικιλία φυσικών δραστηριοτήτων.
- δ. Να δώσει ρητή υπόσχεση σε σεβαστά και αγαπητά του πρόσωπα ότι θα επιμείνει δια βίου στην απόφασή του να μη ξανακαπνίσει.
- ε. Να αποφεύγει και μετά την αποτοξίνωση πνεύματος και σώματος την παραμονή του σε κλειστούς χώρους καπνιστών.
- στ. Να καταλάβει ότι από μόνος του μπορεί να κόψει το κάπνισμα, και πως το κάπνισμα είναι μία μακάβρια συνήθεια με όλη τη σιγουριά της κλιμακούμενης παρακμής και της πανωλεθρίας στην υγεία.
- ζ. Καθιερώστε ώρες ελεύθερης ανάσας και νησίδες ανάσας. Αντί να καπνίζετε, αποκτήστε την ωραία συνήθεια της βαθειάς, καθαρής αναπνοής.
- η. Βγείτε στο υπαίθριο, στα πάρκα, γυρίστε στη φύση.
- θ. Μετρήστε τις δυνάμεις σας στο βουνό, στην ανηφόρα, στα σπορ, στις σκάλες και δώστε στον εαυτό σας το οξυγόνο που απάνθρωπα του στερήσετε.
- ι. Αποφύγετε τους καλοθελητές που θα σας κοροϊδέψουν και θα σας αποθαρρύνουν και θα σας πιάσουν να ξανακαπνίσετε.
- κ. Να αποφεύγεται η μίμηση.

λ. Πετάτε πακέτα, αναπτήρες, τασάκια, σπίρτα.

Ειδική ομάδα αμερικανών επιστημόνων, προτείνουν ένα ειδικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, διάρκειας 15 ημερών. Η πρώτη εβδομάδα είναι η προπαρασκευή και η δεύτερη η ολοκλήρωση της μεγάλης απόφασης.

ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ: Κρατήστε ένα ημερολόγιο καπνίσματος για την επόμενη εβδομάδα. Στο ημερολόγιο αυτό θα καταγράφεται πότε και κάτω από ποιες συνθήκες θα ανάβετε τσιγάρο. Ακόμη τι είδους δραστηριότητες προκαλούν την επιθυμία για τσιγάρο. Ποιο τσιγάρο απολαμβάνετε περισσότερο την ημέρα ;

Ποιο τσιγάρο θα μπορούσατε να αποφεύγετε πιο εύκολα;

Τα όσα θα μάθετε για τις συνήθειες σας σε σχέση με το τσιγάρο θα σας βοηθήσουν αφάνταστα όταν το σταματήσετε. Θα έχετε εντοπίσει πότε υποκύπτετε πιο εύκολα στον πειρασμό, και θα βρείτε τρόπους για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα. Πάρτε ένα γιάλινο βάζο από μαρμελάδα και βάλτε μέσα όλα τα αποτσίγαρά σας. Όταν βρίσκεστε έξω από το σπίτι να τα συγκεντρώνετε σ'ένα άδειο πακέτο και μόλις φθάσετε σπίτι σας βάλτε τα σ'αυτό το βάζο. Κοιτάξτε το βάζο με τα αποτσίγαρα, κάθε φορά που ανάβετε το τσιγάρο σας.

ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΡΑ: Καταγράψτε στο ημερολόγιό σας τους λόγους για τους οποίους θέλετε να κόψετε το τσιγάρο. Προσπαθήστε να βρείτε όσο το δυνατόν περισσότερους που είναι για σας σημαντικοί. Ίσως οι δικοί σας λόγοι - καθαρά προσωπικοί - να είναι πιο σημαντικοί από τους γενικούς και ιατρικούς λόγους. Αναζητάτε ένα ισχυρό κίνητρο για να σταματήσετε το τσιγάρο, ένα κίνητρο που θα ενισχύσει τη δύναμη της θέλησής σας.

Έτσι οι πιο σημαντικοί λόγοι για τον καθένα είναι καθαρά προσωπικοί. Ο κατάλογος των λόγων που θέλετε να κόψετε το τσιγάρο μπορεί να είναι κάπως έτσι :

Τα παιδιά μου θα ενθουσιαστούν αν κόψουν το τσιγάρο. Ο άνδρας μου (η γυναίκα μου) θέλει να σταματήσω να καπνίζω. Θα εξοικονομώ χρήματα για να τα διαθέτω κάπου αλλού. Θα νιώθω καθαρή την αναπνοή μου, απελευθερωμένη από την "τσιγαρίλα". Θέλω να κολυμπώ άνετα, χωρίς να "κόβεται" η αναπνοή μου. Δεν έχω καμμία διάθεση να υφίσταμαι την έμμεση φορολογία σε κάθε πακέτο. Για να βοηθηθείτε στην απόφασή σας να κόψετε το τσιγάρο, αλλάξτε μάρκα.

Κάθε φορά αγοράστε και διαφορετική μάρκα τσιγάρου κατά προτίμηση ελαφρά.

ΤΡΙΤΗ ΗΜΕΡΑ: Ανακοινώστε στους συγγενείς σας και τους φίλους σας, ότι θα κόψετε τελείως το τσιγάρο σε λίγες μέρες. Αυτή η δέσμευση θα σας βοηθήσει ακόμα περισσότερο. Θα νιώσετε εκτεθειμένοι στο περιβάλλον σας, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο η δύναμη της θέλησής σας. Πείτε στους φίλους σας πόσο σημαντικό είναι για σας να κόψετε το τσιγάρο και πόσο θα εκτιμήσετε τη βοήθειά τους σ'αυτή σας την προσπάθεια. Οι πρώην καπνιστές φίλοι σας θα σας βοηθήσουν με τη δική τους πείρα.

Οι καπνιστές μπορεί να γελάσουν, αλλά στο βάθος της καρδιάς τους και αυτοί θα θέλουν κατά πάσαν πιθανότητα να σας μιμηθούν.

ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΜΕΡΑ: Τοποθετήστε δύο λαστιχάκια γύρω από το πακέτο σας. Έτσι θα συνειδητοποιείτε κάθε φορά ότι πάτε να πάρετε τσιγάρο. Οι περισσότεροι καπνιστές ανοίγουν το πακέτο τους ενστικτωδώς, χωρίς να συνειδη-

τοποιούν τι ακριβώς κάνουν. Βλέποντας τα λαστιχάκια, ίσως καταλάβετε ότι δεν έχετε ανάγκη από αυτό το τσιγάρο.

ΠΕΜΠΤΗ ΗΜΕΡΑ: Πείτε σ' όλους τους καπνιστές με τους οποίους συναναστρέφεστε ότι είναι σημαντικό για σας να μη σας προσφέρουν τσιγάρο. Ανακοινώστε τους ότι θα το κόψετε σε δύο ημέρες. Συγκεντρωθείτε στο τσιγάρο που καπνίζετε. Μην κάνετε τίποτα άλλο την ώρα που καπνίζετε. Μην μιλάτε, μην πίνετε, μη βλέπετε τηλεόραση, μη διαβάζετε. Καπνίστε το τσιγάρο σας γρήγορα, αναλογιζόμενοι τις συνέπειες του στον οργανισμό σας.

ΕΚΤΗ ΜΕΡΑ: Πετάξτε αναπτήρες και σπύρτα, ή τουλάχιστον μη τα κουβαλάτε μαζί σας. Έτσι θα κάνετε μία ακόμη συνειδητή προσπάθεια όταν ανάβετε τσιγάρο. Διαβάστε ξανά το ημερολόγιό σας. Επισημάνετε ποια είναι τα "απαραίτητα" τσιγάρα για σας - εκείνα που πραγματικά έχετε ανάγκη ή απολαμβάνετε.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει από αύριο να καταβάλλετε ιδιαίτερη προσπάθεια.

ΕΒΔΟΜΗ ΗΜΕΡΑ : Η μέρα της μεγάλης απόφασης. Σήμερα κόβετε το τσιγάρο. Μόλις σηκωθείτε από το κρεβάτι, το πρωί, πείτε στον εαυτό σας : "Δεν θέλω να καπνίσω". Πάρτε και δεύτερο γυάλινο βάζο και βάλτε μέσα όλα τα χρήματα που θα διαθέτατε για την αγορά των τσιγάρων σας. Κάντε ένα δώρο στον εαυτό σας. Αγοράστε ένα καινούργιο ρούχο ή πηγαίνετε σε ένα καλό εστιατόριο. Κινητοποιήστε όλες σας τις δυνάμεις, για τις ώρες της ημέρας που το τσιγάρο σας ήταν απαραίτητο.

ΟΓΔΩΗ ΗΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε πείτε "Είμαι ένας πρώην καπνιστής". Ήδη ζήσατε 24 ώρες χωρίς να καπνίσετε.

Δώστε συγχαρητήρια στον εαυτό σας. Εφόσον το πετύχετε μια μέρα, μπορείτε να το πετύχετε και σήμερα και αύριο. Προσέξτε για τις ενδείξεις της εξάρτησης. Ίσως νιώθετε υπνηλία ή αντίθετα, μπορεί να εκδηλώσετε υπερκινητικότητα ή εκνευρισμό. Όλα τα συμπτώματα, όμως θα περάσουν γρήγορα με το πέρασμα του χρόνου. Αποφύγετε τις καταστάσεις που σας βάζουν σε πειρασμό να ανάψετε τσιγάρο. Αν π.χ. καπνίζατε μετά το φαγητό, σηκωθείτε αμέσως από το τραπέζι.

ΕΝΑΤΗ ΗΜΕΡΑ: Μόλις σηκωθείτε το πρωί από το κρεβάτι, πείτε στον εαυτό σας "Όχι ευχαριστώ. Δεν καπνίζω. Όχι ευχαριστώ, δεν καπνίζω". Γρήγορα θα σας γίνει αυτόματη αντίδραση, κάθε φορά που κάποιος θα σας προσφέρει τσιγάρο. Αν νιώσετε τρελή επιθυμία για τσιγάρο, πείτε στον εαυτό σας ότι μπορείτε να ελέγξετε το πάθος εσείς και ότι δε σας ελέγχει αυτό. Η τρέλα για τσιγάρο θα διαρκέσει μόνο λίγα λεπτά. Υπερνικήστε την. Θα τα καταφέρετε. Κάντε κάτι για να ξεχαστείτε. Ασχοληθείτε με τον κήπο σας, φάτε ένα μήλο, μασήστε το μολύβι σας, πηγαίνετε μία βόλτα, κάντε ένα ντους. Μέχρι να κάνετε κάτι απ'όλα αυτά, η μανία για τσιγάρο θα περάσει.

ΔΕΚΑΤΗ ΗΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε, διαβάστε στο ημερολόγιό σας τους λόγους για τους οποίους κόψατε το τσιγάρο. Ίσως να προσθέσετε και άλλους. Σκεφτείτε και άλλες διεξόδους, όταν σας πιάνει μανία για τσιγάρο. Πάρτε βαθιά ανάσα και εκπνεύστε αργά αργά λέγοντας στον εαυτό σας : "Δεν θέλω να καπνίσω". Ρίξτε μια ματιά στο γυάλινο βάζο, όπου βάλετε τα χρήματα που εξοικονομείτε από το κόψιμο του τσιγάρου.

ΕΝΔΕΚΑΤΗ ΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε το πρωί, πείτε στον εαυτό

σας ότι έχετε να καπνίσετε τέσσερις μέρες. Τα καταφέρετε, ανήκετε τώρα στην κατηγορία των μη καπνιστών. Καταγράψτε όλα τα πλεονεκτήματα που μπορείτε να σκεφτείτε από τη νέα σας ιδιότητα ως μη καπνιστή.

Αν νιώθετε υπερένταση και εκνευρισμό από την έλλειψη του τσιγάρου, διαλέξτε μια από τις διεξόδους που αναφέρονται στο πρόγραμμα της ένατης μέρας.

ΔΩΔΕΚΑΤΗ ΗΜΕΡΑ: Περάσατε μία ακόμη μέρα χωρίς τσιγάρο. Κάθε μέρα που περνάτε χωρίς να καπνίζετε, αποτελεί για σας μία επένδυση για το μέλλον. Πείσετε τον εαυτό σας ότι δεν αξίζει να την χαράμισετε. Κοιτάξτε και πάλι το γυάλινο βάζο με τα χρήματα που κερδίσατε από το κόψιμο του τσιγάρου. Σκεφτείτε πόσα χρήματα θα έχετε εξοικονομήσει σε ένα μήνα.

ΔΕΚΑΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΜΕΡΑ: Μην υποκύψετε στον πειρασμό να καπνίσετε "ένα μόνο τσιγαράκι". Το ένα οδηγεί το δεύτερο, το τρίτο και αλοιμόνό σας. Όλες οι μέχρι τώρα προσπάθειες θα πάνε χαμένες.

Αναλογιστείτε τα προτερήματα του μη καπνιστή :

Η αναπνοή μου είναι δροσερή.

Τα ρούχα μου δεν μυρίζουν τσιγαρίλα.

Το φαγητό μου έχει τώρα καλύτερη γεύση.

Για μερικές εβδομάδες αποφύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές, όπου θα μπορούσατε να υποκύψετε στον πειρασμό του τσιγάρου. Όταν ξυπνάτε το πρωί, θυμίστε στον εαυτό σας ότι έχετε να καπνίσετε μία ολόκληρη εβδομάδα. Δώστε συγχαρητήρια στον εαυτό σας. Αν αντέξετε μία εβδομάδα χωρίς τσιγάρο, μπορείτε να αντέξετε και για ένα μήνα, για ένα χρόνο, για μία ολόκληρη ζωή.

Αποφασίστε, λοιπόν να κόψετε το κάπνισμα ακολουθώντας το πρόγραμμα των 13 ημερών. Το πρώτο βήμα είναι η απόφαση: αν έχετε πεισθεί μέχρι το βάθος του είναι σας ότι θέλετε να κόψετε το τσιγάρο, έχετε τις καλύτερες προϋποθέσεις για να το πετύχετε. Το πρόγραμμα των 13 ημερών είναι ο καλύτερος τρόπος για να πετύχετε το σκοπό σας. Αν ακόμα δεν έχετε 100% πεισθεί, ακολουθείστε πρώτα τα στάδια προετοιμασίας από την πρώτη μέχρι την έκτη ημέρα. Μη φθάσετε στην έβδομη ημέρα με μισή καρδιά, γιατί τότε οι πιθανότητες επιτυχίας είναι ελάχιστες.

Προετοιμασία : όπως και στην απώλεια του περιττού βάρους, έτσι και στο κόψιμο του τσιγάρου το στάδιο της προετοιμασίας είναι το κλειδί της επιτυχίας. Θα ενεργοποιήσετε όλες τις δυνάμεις σας - σωματικές και ψυχικές - για να πετύχετε το στόχο σας.

Γι' αυτό το πρώτο ήμισυ του προγράμματος των 13 ημερών είναι προπαρασκευαστικό. Θα σταματήσετε το τσιγάρο μόνο την έβδομη ημέρα. Ακόμα και εάν θέλετε να το κόψετε αμέσως από την πρώτη ημέρα, έχετε περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας μια εβδομάδα αργότερα. Θα συνεχίζετε να καπνίζετε για μία ολόκληρη εβδομάδα από την ημέρα που πήρατε τη μεγάλη απόφαση να κόψετε το κάπνισμα και μετά, καλύτερα προετοιμασμένοι, το εγχείρημα θα σας φανεί πιο εύκολο.

Αν λοιπόν έπειτα από ένα καλό ξεκίνημα προς στιγμή νιώσετε αδύναμος και ενδώσετε στον πειρασμό να καπνίσετε σκεφθείτε ότι ο ιππέας των ιπποδρομιών με εμπόδια, όταν πέφτει από το αλόγο του, σηκώνεται αμέσως και καθαλαίνει ένα άλλο άλογο για να μην χάσει. Κι ο πιλότος του αεροπλάνου που πέφτει, χωρίς αυτός να πάθει τίποτε, αναλαμβάνει υπηρεσία σ' άλλο αεροπλάνο, για τον ίδιο

ακριβώς λόγο.

Για αυτό λοιπόν και εσείς, μην εγκαταλείπετε τον αγώνα σας να αρχίσετε να καπνίζετε πάλι. Πρέπει τώρα πια να καταβάλλετε μεγάλη προσπάθεια και να σκεφτείτε πως αυτός θα είναι ο μεγαλύτερος από όλες τις δοκιμασίες που πήρατε ποτέ και θα είναι ευχή να τον κερδίσετε. Πάμε λοιπόν ;

9.2. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ένα πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος θα είναι αποτελεσματικό αν είναι πολύ, παρεμβατικό.

(α) Η ΥΓΕΙΑ είναι το πλέον δυνατό κίνητρο για να πεισθούν οι καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα. Η ευεξία (π.χ. ευκολότερη αναπνοή, μεγαλύτερη αντοχή, όπως το βάδισμα) και η αποφυγή νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα θα πρέπει να τονισθούν. Άλλα ισχυρά κίνητρα είναι :

- Η επιθυμία για αυτοκυριαρχία στον εθισμό στον καπνό.
- Η κοινωνική πίεση (π.χ. απαγόρευση/περιορισμός καπνίσματος σε κοινόχρηστους χώρους π.χ. συγκοινωνίες).
- Η ετοιμότητα του ατόμου έχοντας συγκεκριμένες πληροφορίες για το πως να σταματήσει το κάπνισμα, πως να αντιμετωπίσει το STRESS και πως να ελέγξει το σωματικό βάρος μετά τη διακοπή του καπνίσματος.
- Η άγνοια για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στους άλλους (π.χ. τα παιδιά, σαν παθητικοί καπνιστές).
- Η επιθυμία για εξοικονόμηση χρημάτων.
- Αισθητικοί λόγοι.

(β) Πληροφόρηση για τον αυξημένο κίνδυνο νόσησης, λόγω συνεργικής επίδρασης, μεταξύ καπνίσματος και λήψης αντι-

συλληπτικών δισκίων, κληρονομικού ιστορικού πνευμονοπαθειών, απασχόληση στην κατεργασία αμιάντου κ.α.

(γ) Παρακινητικά μηνύματα δίνονται μέσω :

- Των Μ.Μ.Ε. (τηλεόραση, ραδιόφωνο, Τύπος).

Πρέπει να γίνει μια προετοιμασία για τη διακοπή του καπνίσματος που θα αρχίσει με συνειδητοποίηση των περιστάσεων κάτω από τις οποίες αισθάνεται εντονότερη την ανάγκη για κάπνισμα. Εξηγήσεις για τον φαρμακολογικό εθισμό, τη ψυχολογική εξάρτηση και τη δύναμη της συνήθειας. Ανάλυση της φύσης του στερητικού συνδρόμου καπνού και των συμπτωμάτων του. Αναγνώριση ότι η ελάττωση απλώς του καπνίσματος δεν αποτελεί λύση, αφού υπάρχει ο κίνδυνος επαναφοράς στα προηγούμενα επίπεδα κατανάλωσης τσιγάρων. Υιοθέτηση "εναλλακτικών" στο κάπνισμα : τρώει φρούτα, πίνει νερό, εισπνέει βαθιά, χαλαρώνει, κάνει ασκήσεις, σαν μεθόδους αντιμετώπισης των συναισθημάτων έντασης και STRESS. Ενίσχυση του εαυτού, αποταμιεύοντας τα χρήματα που θα δίνονταν για τσιγάρα, προγραμματίζοντας την αγορά μ'αυτά κάποιου πράγματος που πάντα ήθελε, με "κεράσματα" διατηρώντας διάγραμμα της πορείας του προς μία επιτυχή διακοπή. Αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους. Αντιμετώπιση της τυχόν ευερεθιστότητας αϋπνίας, βήχα, γαστρεντερικών διαταραχών κ.α.

Η διακοπή του καπνίσματος πρέπει να γίνει με την επιλογή της σωστής περιόδου και μέρας για την προσπάθεια διακοπής. Σχεδιασμός νέων δραστηριοτήτων π.χ. αν νιώθεις την ανάγκη να απασχολείς τα χέρια σου, μάθε κιθάρα ή κέντημα, ανακαλύπτοντας μια καινούργια πλευρά του εαυτού σου. Φρόντιζε να κάνεις συχνότερη παρέα με άτομα που δεν καπνίζουν, για να μην παρασύρεσαι ή αναζητήσεις

τη συντροφιά ανθρώπων που κατάφεραν να σταματήσουν το τσιγάρο και οι οποίοι θα σε βοηθήσουν να ακολουθήσεις το παράδειγμά τους. Τις πρώτες ημέρες που είναι οι πιο δύσκολες, φρόντισε να βρίσκεσαι σε μέρη όπου δεν μπορείς να καπνίσεις, όπως σε καταστήματα, στον κινηματογράφο, ενώ προσπάθησε να αποφύγεις τις περιστάσεις όπου καπνίζουν πολύ και θα μπορούσαν να σε παρασύρουν (κοινωνικές συγκεντρώσεις κ.λ.π.).

Για τη διατήρηση διακοπής του καπνίσματος πρέπει να γίνει κατανοητός ο κίνδυνος "υποτροπής" λόγω υπερβολικής εμπιστοσύνης στην ευκολία της προσωρινής διακοπής ή λόγω της πίστης ότι δε θα τα καταφέρει για πάντα. Αλλαγή του τρόπου ζωής ώστε να αποφευχθούν ερεθίσματα "προκλητικά του καπνίσματος".

(δ) Η φαρμακολογική εξάρτηση (η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με τσίχλα νικοτίνης, κάτω από εποπτεία), παρουσιάζεται σχετικά πιο σημαντική βραχυπρόθεσμα, ενώ η ψυχολογική εξάρτηση γίνεται πιο σημαντική μακροπρόθεσμα.

(ε) Αλλαγή του πολιτιστικού BACK-GROUND της κοινωνίας, που θέλει το κάπνισμα ένα σύμβολο της επιτυχίας, της ξεγνοιασιάς, της απόλαυσης της ζωής.

(στ) Αλλαγή του νομικού και οικονομικού καθεστώτος που διέπει τη διακίνηση, προβολή, κατανάλωση, και κόστος των τσιγάρων.

(ζ) Ανάπτυξη εκπαιδευτικών/ενημερωτικών προγραμμάτων π.χ. στα σχολεία, στους τόπους εργασίας κ.α.

(η) Διασφάλιση του δικαιώματος των μη καπνιστών να ζουν σε υγιές (ατμοσφαιρικό) περιβάλλον.

9.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Ο Τζέρομ Σβάρτς ύστερα από μία επισκόπηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της θεραπείας του καπνίσματος κατάταξε τα οργανωμένα προγράμματα σε δέκα κύριες κατηγορίες :

Ατομική συμβουλευτική, εκπαιδευτικά προγράμματα, ομάδες, αυτοέλεγχο, μέσα μαζικής ενημέρωσης, κοινότητες κ.α.

Η ατομική συμβουλευτική μπορεί να περιλαμβάνει από τη συμβουλευτική με το γιατρό ή το νοσηλευτή μέχρι την ατομική ψυχοθεραπεία. Η δεύτερη χρησιμοποιείται σπάνια αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρώτη έχει ορισμένα τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Ένα πολύ διαδεδομένο εκπαιδευτικού τύπου πρόγραμμα είναι το "πενθήμερο πλάνο" που αποτελείται, κυρίως, από διαλέξεις σε σχετικά μεγάλες ομάδες. Οι συναντήσεις γίνονται σε πέντε συνεχείς μέρες. Οι συμμετέχοντες βλέπουν κατεστραμένους τους πνεύμονες από τον καπνό, κάνουν ζεστά και κρύα ντους, σωματικές ασκήσεις και υποβάλλονται σ'ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, όπου αποφεύγονται ο καφές, το τσάι, η κόκα-κόλα και τα οινοπνευματώδη. Ένα μεγάλο ποσοστό σταματούν το κάπνισμα για ένα διάστημα, αλλά ο βαθμός της υποτροπής είναι εξαιρετικά μεγάλος. Από εκείνους που σταμάτησαν αρχικά λιγότεροι από 25% εξακολουθούν να μη καπνίζουν ένα χρόνο αργότερα. Πολλά ομαδικά προγράμματα έχουν δημιουργηθεί είτε από κερδοσκοπικούς οργανισμούς, είτε από μη κερδοσκοπικές ομάδες, όπως η Αμερικάνικη Εταιρεία για τον καρκίνο. Οι ομάδες αυτές συνήθως εφαρμόζουν ένα συνοθύλευμα ομαδικών διεργασιών (θεωρία της μάθησης, έμπνευση, προτροπή).

Καθοδηγούνται συνήθως από πρώην καπνιστές και λειτουργούν μία φορά την εβδομάδα για οκτώ έως δέκα εβδομάδες. Συχνά προσφέρουν μια καλά οργανωμένη σειρά από προκαταρκτικά βήματα μαζί με την ομαδική υποστήριξη και χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπιση της αποστήρησης και άλλων καταστάσεων, που είναι πιθανόν να προκαλέσουν υποτροπή. Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της αποστήρησης ή τη δημιουργία απώθησης προς τη γεύση του τσιγάρου δεν έχουν αποδειχθεί μέχρι τώρα ιδιαίτερα αποτελεσματικά, αν και η τελευταία εξέλιξη με την τσίχλα νικοτίνης δίνει κάποια ελπίδα.

9.4. ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΟΦΥΛΑΧΘΟΥΜΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Όλοι οι μελετητές συμφωνούν ότι η αφομοίωση των βιταμινούχων τροφών μπορεί να προφυλάξει τους καπνιστές από τους κινδύνους της νικοτίνης καθώς και από τις καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό. Συνιστάται ιδιαίτερα :

1. Βιταμίνη Α : Έχει αναγνωρισμένη αντικαρκινογόνα ενέργεια και διατηρεί χαμηλό το επίπεδο χοληστερόλης στο αίμα και έτσι προστατεύει το καρδιακό, αγγειακό και οπτικό σύστημα. Οι καπνιστές πρέπει να παίρνουν 25.000 χιλιάδες ι.ν. βιταμίνης Α που περιέχονται κατ'εξοχήν στο μωρουνέλαιο, στις ντομάτες και σε πολλά άλλα λαχανικά.
2. Βιταμίνη C : Βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος. Οι καπνιστές πρέπει να καταναλώνουν περισσότερη ποσότητα από τους μη καπνιστές γιατί ο καπνός την εξουδετερώνει. Τη συναντάμε στα ωμά λαχανικά και στα εσπεριδοειδή.

3. Βιταμίνη D : Είναι χρήσιμη για την αφομοίωση του ασβεστίου και του φωσφόρου και περιέχεται στους ξηρούς καρπούς ιδίως στα φουντούκια καθώς επίσης και στο μουντέλαιο.

4. Βιταμίνη E : Αποτρέπει την εξασθένηση της όρασης από την οποία υποφέρουν οι καπνιστές. Την συναντάμε στο σιτάρι, το σπορέλαιο, στο κρόκο του αυγού και το βοδινό συκώτι.

9.5. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι ασθενείς, των οποίων η κατάσταση επιβαρύνεται εξ αιτίας του καπνίσματος, είναι εύκολο να το παραδεχθούν και πείθονται, τουλάχιστον για όσον καιρό είναι άρρωστοι, να κόψουν το κάπνισμα. Αρκετοί από αυτούς, βλέποντας τα ευνοϊκά αποτελέσματα, αποφασίζουν και να μην ξανακαπνίσουν, ανεξάρτητα από το εάν θα καταφέρουν τελικά να είναι συνεπείς με την απόφασή τους αυτή. Ο τονισμός των κινδύνων δημιουργίας προβλημάτων σε ευπαθή άτομα εξ αιτίας του καπνίσματος, πείθει αρκετούς επίσης, να περιορίσουν το κάπνισμα ή και να το κόψουν τελείως.

Η δυσκολία είναι με τους υγιείς οι οποίοι αδιαφορούν στις προειδοποιήσεις, ιδίως τους νέους, οι οποίοι όλα τα βλέπουν πολύ μακριά. Και όμως όσο πιο νωρίς αρχίζει κανείς το κάπνισμα τόσο και οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι και αθροιστικά βαρύτεροι.

Ο ελαφρός καπνιστής μπορεί να κόψει το τσιγάρο πολύ ευκολότερα από το βαρύ καπνιστή και απότομα, δια μιας. Συνήθως αυτό δεν παρουσιάζει σύνδρομο στέρησης. Οι βαρείς καπνιστές όμως επειδή παρουσιάζουν το σύνδρομο στέρησης, αν δεν έχουν υπομονή μέχρις αυτό υποχωρήσει -

πράγμα που συνήθως συμβαίνει ύστερα από ένα σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα - ξαναγυρίζουν, αρκετοί μάλιστα δριμύτεροι, στο κάπνισμα.

Η προοδευτική μείωση ελαττώνει την ένταση της επιθυμίας και την αντοχή οπότε, όταν μειωθεί η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν, τους είναι πλέον ευκολότερο να το κόψουν τελείως π.χ. όταν από τα τρία πακέτα φτάσουν στο ένα, χωρίς τις ταλαιπωρίες του συνδρόμου στερήσεως.

Άλλοι όμως, θεωρούν όλες τις άλλες τακτικές ως μη αποδοτικές και επιμένουν στο κόψιμο "μια και έξω". Μεταξύ αυτών είναι και εκείνοι οι οποίοι ξεπερνούν ευχερέστερα το σύνδρομο.

Σημαντική βοήθεια προσφέρει το να υποβάλει κανείς στον καπνιστή τις εξής δύο απλές ερωτήσεις : α) Αυτό το τσιγάρο που πας τώρα να ανάψεις, είσαι βέβαιος ότι πραγματικά το θέλεις ; Αν το θέλεις κάπνισέ το' αν όμως δεν το θέλεις οπωσδήποτε, τότε βάλε το πίσω στο πακέτο. β) αυτό το τσιγάρο μήπως θα μπορούσες να το αναβάλεις για μισή ώρα αργότερα ; Μ'αυτές τις δύο ερωτήσεις με τις οποίες αποδεικνύεται ότι, πολλές φορές, το κάπνισμα γίνεται σαν από ένα εξαρτώμενο αντανακλαστικό ή τελείως αυτόματα και χωρίς συναίσθηση της πράξεως, μπορεί ο αριθμός των τσιγάρων να μειωθεί στο μισό μέχρι και στο ένα τρίτο την ημέρα.

Το κάπνισμα του τσιγάρου με λιγότερη πίσσα ή εκείνου με λιγότερη παραγωγή καπνού, οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα ως προς την εξάρτηση στην νικοτίνη και όσοι δεν μπορούν να το κόψουν, αυτοί έχουν την δυνατότητα να καταφύγουν στις τσίχλες νικοτίνης, ώστε να ξεφύγουν από τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτί-

νης, ενώ συγχρόνως θα έχουν απαλλαγεί από τα άλλα 4.000 παρά ένα, βλαπτικά στοιχεία που παράγονται στην καύτρα του τσιγάρου.

Στην τσίκλα η νικοτίνη δεσμεύεται από μία ρητίνη η οποία επιτρέπει την βραδεία αποδέσμευσή της με το μάσημα. Το 90% της νικοτίνης απελευθερώνεται μετά 30 λεπτά περίπου και αυτό μπορεί να προκαλέσει ανάλογα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα, σε σύγκριση με το κάπνισμα τσιγάρου, ώστε ανακουφίζει από το σύνδρομο στερήσεως από την διακοπή του καπνίσματος. Απορροφάται όμως η νικοτίνη βραδύτερα από το βλεννογόνο του στόματος από όσο με το κάπνισμα, όση δεν καταπίνεται καταστρέφεται. Βεβαίως η τσίκλα δεν προκαλεί την ευχαρίστηση την οποία προσφέρει η διαδικασία, και για πολλούς η "ιεροτελεστία" του καπνίσματος. Παραμένει όμως ως μια βοήθεια η λύση στη διακοπή του καπνίσματος και υποβοηθεί, πάντως, εκείνους οι οποίοι πράγματι θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

Παρατηρήσεις μιας περιόδου ενός έτους έδειξαν ότι το 38% από 69 άτομα με την τσίκλα σταμάτησαν το κάπνισμα σε σύγκριση με το 14% από 49 άτομα που έκαναν ψυχοθεραπεία για το κόψιμο του τσιγάρου. Σημειώθηκε δε ότι η νικοτίνη στο αίμα αυτών με την τσίκλα ήταν στο μισό από εκείνη πόσων κάπνιζαν τσιγάρο, οι παρενέργειες ήταν ελάχιστες και μόνο σε δύο παρατηρήθηκε εθισμός.

Πρέπει ασφαλώς να σημειωθεί ότι παρατηρούνται κάποιες παρενέργειες από τη χρήση της τσίκλας - νικοτίνης κατά την πρώτη εβδομάδα. Ως πιο συχνές αναφέρονται η δυσάρεστη γεύση, ο ερεθισμός της γλώσσας, του στόματος, του λαιμού, μερικές φορές ναυτία. Σπανιότερα δε εξέλκωση της γλώσσας, πόνος στις σιαγόνες όπως από το μάσημα

της κάθε τσίγκας, τυμπανισμός, αέρια, λόξυγγας, ζάλη, επιγαστρική δυσφορία και σπανίως τάση προς επιθυμία. Αυτά μειώνονται με την ορθότερη μάσηση της τσίγκας και με τον επιβαλλόμενο ρυθμό, υποχωρούν δε, όπως αναφέρεται, μερικές ημέρες μετά το σταμάτημα της λήψεώς της.

Βεβαίως, εύλογο είναι το ερώτημα γιατί, αφού έχει εισαχθεί εδώ και μία δεκαετία στην πράξη, η διάδοσή της είναι ακόμη τόσο περιορισμένη. Είναι μήπως διότι δεν αποδίδει το επιδιωκόμενο ή μήπως διότι το κάπνισμα αποτελεί μία περισσότερο πολύπλευρη σωματική και ψυχολογική διαδικασία από ότι είναι η απλή εισαγωγή στον οργανισμό μιας κάποιας ποσότητας νικοτίνης ;

Μερικοί καταφεύγουν στο βελονισμό, μία μέθοδο αβλαβή ως "εναλλακτική" θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία δρα περισσότερο με την αυθυποβολή και σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι απορριπτέα.

Πάντως οποιαδήποτε μέθοδο κι αν ακολουθήσει κανείς, οπωσδήποτε είναι θέμα θέλησεως. Και το "θέλειν εστί δύνασθαι". Μόνον όποιος δεν θέλει, εκείνος και δεν μπορεί. Πρέπει όμως να θέλει, οίότι μ'αυτό τον τρόπο πρόκειται να σωθεί.

Η πείρα της αντιαλκοολικής προσπάθειας από τους ίδιους τους αλκοολικούς, σ'άλλες χώρες - ALCOHOLIS ANONYMOUS - αλλά και σε μας οδηγούν στη σκέψη δημιουργίας αναλόγων ομάδων ή και εταιρειών από πρώην καπνιστές. Αυτοί ενδέχεται να πείσουν αποτελεσματικότερα :

Αλήθεια πως θα χαρακτηριζόταν εκείνος ο οποίος, τα μεσάνυκτα όταν ανακαλύπτει ότι του έχουν τελειώσει τα τσιγάρα, βγαίνει όπως-όπως στο δρόμο, και από περίπτερο σε περίπτερο, όταν όλα τα βρίσκει κλειστά, δια-

νύει τεράστιες αποστάσεις και αναζητά "μετά μανίας" κάποιο ανοικτό για τσιγάρα. Και όταν το βρει, "παθιασμένος" όπως είναι, παίρνει στην "ανάγκη" μια οποιαδήποτε μάρκα, αρκεί να είναι τσιγάρα. Ήταν τάχα ο εκνευρισμός ; Μόνον αυτός ή μήπως και κάποιος εθισμός; Ή μήπως και η στέρηση ; Ας σημειωθεί ότι :

1. Οι καπνιστές οδηγοί ευθύνονται για περισσότερα τροχαία ατυχήματα. Οδηγούν βιαστικοί, περνούν με "κόκκινο" γίνονται δε πιο απρόσεκτοι εξ αιτίας της διαδικασίας του καπνίσματος.
2. Οι καπνιστές, γενικώς, στον εκνευρισμό τους, καπνίζουν περισσότερο.
3. Είναι βέβαιο ότι τα παιδιά που καπνίζουν, πιο εύκολα και πίνουν και παίρνουν χαπάκια και ευκολότερα γλιστρούν στα ναρκωτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

10.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΠΝΙΣΤΗ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι ενοχλήσεις από το κάπνισμα είναι σταθερές, συνεχείς, η διάβρωση του οργανισμού σας εξασφαλισμένη, η φθορά εγ-
γυημένη.

Ταχυπαλμίες, λαχάνιασμα, γρίππη, κρυολογήματα, δυσφορία.
Φωνή βραχνή, ροχαλητό, βήχας και φλέγματα. Όψη κουρα-
σμένη, αγανακτισμένη και αρρωστιάρα, δέρμα χλωμό και
μαραμένο. Δάκτυλα καπνισμένα, κιτρινισμένα νύχια και
μάτια ερεθισμένα, δόντια θαμπά, ανάσα βαρεία. Χαλάρωση
κυτταρίτιδα και αρκετά νεύρα. Κούραση, ανυπομονησία,
φωνές, ζαλάδες, στόμα πικρό και στίβες αποσίγαρα.

Το προσωπικό καυσαέριο, παραγωγή σας, σας περιβάλλει,
πιστός και ασφυκτικός σας σύντροφος. Οι αισθήσεις όραση-
γεύση-όσφρηση αμβλύνονται και η γενετήσια δραστηριότητα
υποβαθμίζεται. Οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος του
πνεύμονος, η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα πάνε μα-
ζί με το κάπνισμα. Ακόμη, καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευ-
στικές μολύνσεις, υπολειτουργία των πνευμόνων, καρκίνος
του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του παγκρέατος
και της ουροδόχου κύστης, παθήσεις της στεφανιαίας, αρ-
τηριοσκλήρυνση, υπέρταση, έμφραγμα, εγκεφαλικά και αι-
φνίδιος θάνατος έχουν άμεση σχέση με το κάπνισμα.

10.2. ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Το αίμα κατά την αναπνοή παραλαμβάνει οξυγόνο, το
οποίο το μεταφέρει στους ιστούς και έτσι γίνεται ο αε-
ρισμός των ιστών. Με αυτό το τρόπο βοηθάει στο να γί-
νονται συνεργειακές καύσεις καθώς επίσης και κανονικές
βιοχημικές αντιδράσεις στα κύτταρα. Όλη αυτή η διαδι-

ασία χρησιμεύει για να τηρείται στον ανθρώπινο οργανισμό ένας μεταβολισμός φυσιολογικής καταστάσεως. Τώρα με το κάπνισμα προκαλούνται αλλοιώσεις στο αναπνευστικό επιθήλιο των πνευμόνων με αποτέλεσμα να έχουμε πτώση του πνευμονικού αερισμού του αίματος. Ακόμα μειώνεται σε μεγάλο βαθμό η παροχή οξυγόνου στους ιστούς με αποτέλεσμα να μη γίνονται οι καύσεις σε κανονικό επίπεδο όπως επίσης και ο ανθρώπινος μεταβολισμός. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια μεγάλη διαταραχή στην σχέση πρωτεϊνών και αμινοξέων και άλλων ουσιών, ενζύμων, συστατικά του αίματος, των κυττάρων καθώς επίσης και των ιστών. Μετά από όλα αυτά δημιουργείται ένας μεγάλος κύκλος ανωμαλιών στο σχηματισμό των κυττάρων.

10.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΒΛΑΒΕΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Α. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. Για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες αντιστάσεις από το σπασμό των αρτηριών, τις αθηρωματικές αλλοιώσεις και της επιβράδυνσης της ροής του αίματος, όπως και την υποξείγδωση των ιστών, η καρδιά αναγκάζεται να επιταχύνει το ρυθμό των καρδιακών παλμών και να αυξήσει ακόμα περισσότερο την πίεση του αίματος για να καλύψει τις απαιτήσεις σε οξυγόνο.

Στην προσπάθεια αυτή της καρδιάς, ο καρδιακός μυς με το χρόνο υπερτρέφεται. Η υπετροφία όμως αυτή φτάνει μέχρι ενός σημείου, πέρα από το οποίο αρχίζει το μυοκάρδιο να κάμπτεται και να αδυνατεί να επιτελέσει πλήρη συστολή των κοιλιών κυρίως της αριστερής, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα πρώτα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και στάσεως του αίματος στην πνευμονική κυκλοφο-

ρία και εκδηλώνεται με εύκολη δύσπνοια μετά από σημαντική προσπάθεια και σε προχωρημένο στάδιο με αποβολή αιματηρών πτυέλων και συνοδεύονται με έντονη δύσπνοια, η οποία αργά ή γρήγορα θα οδηγήσει σε θάνατο.

Β. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ (ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΕΜΦΡΑΓΜΑ)

Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ. οι καρδιοπάθειες αποτελούν σήμερα τη συχνότερη αιτία θανάτου, με ποσοστό 62% μέσα στο οποίο 25% με 30% οφείλεται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου από το κάπνισμα. Η πάθηση συνιστάται στη πάχυνση του τοιχώματος, τη στένωση ή και την απόφραξη ενός ή περισσότερων μικρών κλάδων των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς και τη μείωση ή και πλήρη διακοπή της αιματώσεως και της προσαγωγής οξυγόνου στην αντίστοιχη περιοχή του μυοκαρδίου. Η στένωση μπορεί να είναι παροδική όταν οφείλεται σε σπασμό ή μόνιμη όταν οφείλεται σε αθηρωμάτωση του τοιχώματος ενώ η οξεία και πλήρη από την ρήξη ή από εμβολή του αυλού του αλλοιωμένου αρτηριακού κλάδου συνήθως από κάποιο μικροθρόμβο.

Τα συμπτώματα της στενώσεως εκφράζονται με τον όρο στηθάγχη και εκδηλώνονται με το αίσθημα συσφίξεως ή οπισθοστερνικό πόνο και συχνά αντανακλά προς τη κάτω σιαγόνα καθώς επίσης και με ένα επώδυνο μούδιασμα στο αριστερό άνω άκρο. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως επαναλαμβάνονται σε μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα που οφείλονται στην ανεπαρκή προσαγωγή αίματος και οξυγόνου στην περιοχή του αγγείου.

Όταν η στένωση του αυλού προχωρήσει με το χρόνο σε πλήρη απόφραξη ή είναι οξεία τότε έχουμε το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο εκδηλώνεται με οξύ πόνο, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ιδρώτες, δύσπνοια και βαριά γε-

νική κατάσταση του ατόμου ενώ πολλές φορές καταλήγει σε θάνατο.

Γ. ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ. Το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται δολογικά με τη νόσο της αθηροσκλήρωσης. Όλοι οι καπνιστές παρουσιάζουν διπλάσια πολλές φορές και τριπλάσια συχνότητα να παρουσιάσουν τη νόσο απ'ότι οι μη καπνιστές. Ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά σε εκείνους που διακόπτουν το κάπνισμα ενώ είναι μικρότερος στους καπνιστές που καπνίζουν τσιγάρα μικρής περιεκτικότητας σε νικοτίνη.

Η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα στο καρδιαγγειακό σύστημα δημιουργούν :

- επιτάχυνση της καρδιακής λειτουργίας,
- αύξηση της αρτηριακής πίεσεως,
- σύσπαση των στεφανιαίων και περιφερικών αρτηριών,
- αύξηση της συγκολλητικότητας των αιμοπατελίων,
- αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων,
- αύξηση των λιποπρωτεϊνών στο αίμα,
- δέσμευση της αιμοσφαιρίνης σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνης μέχρι και 10% - 15%,
- παρεμπόδιση της οξυγόνωσης των ιστών.

Συμπερασματικά λοιπόν τονίζουμε ότι :

- Το κάπνισμα είναι πρωταγωνιστής για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων.
- Ο κίνδυνος εξαρτάται από διάφορους παραμέτρους π.χ. βάθος εισπνοής καπνού, αριθμός τσιγάρων κ.α.
- Η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει θετικά αποτελέσματα,
- Οι γυναίκες καπνίστριες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών παρουσιάζουν δεκαπλάσια συχνότητα καρδιακών προσβολών,

- Οι καπνιστές έχουν διπλάσια ή και τετραπλάσια πιθανότητα ενός επεισοδίου απ'ότι οι μη καπνιστές.

Δ. ΑΓΓΕΙΟΣΥΣΠΑΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ :

Τα παραπάνω φαινόμενα που οδηγούν σε αποφρακτική θρομβοαγγειϊτιδα εκδηλώνονται με τη διαλείπουσα χολότητα η οποία καταλήγει στη γάγγραινα των κάτω άκρων. Οι καπνιστές έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα προσβολής απ'ότι οι μη καπνιστές.

10.4. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

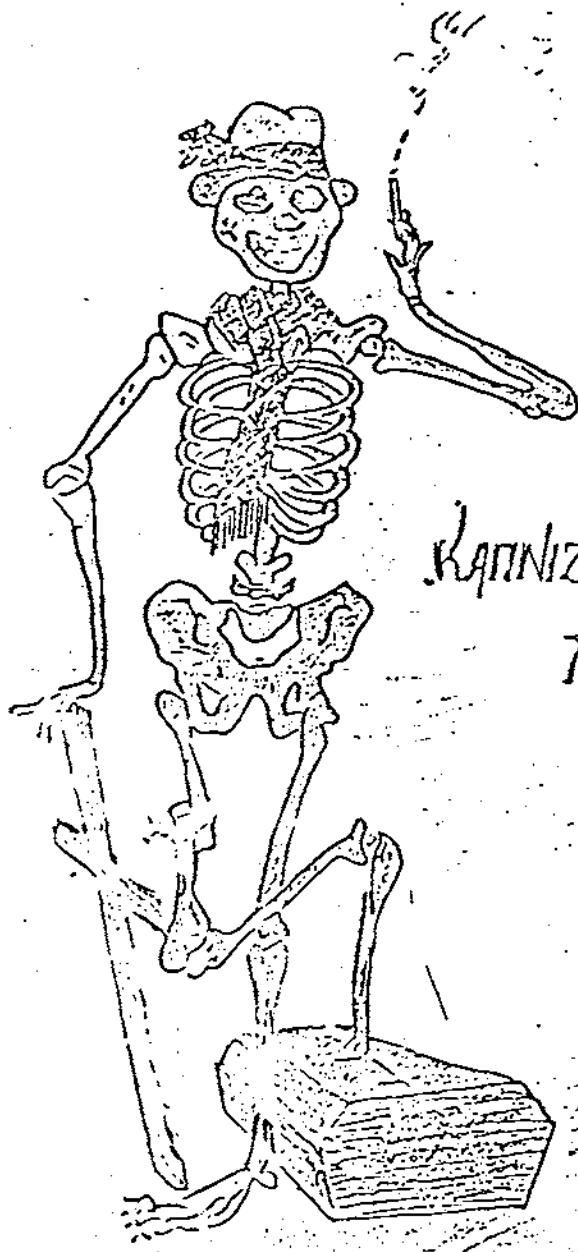
Οι επιδράσεις του καπνίσματος στο Κ.Ν.Σ. αφορούν κυρίως τις δράσεις της νικοτίνης, και απ'αυτές ενδιαφέρουν περισσότερο εκείνες στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες, εντός 8 δευτερολέπτων σαν να χορηγείται ενδοφλεβίως. Η θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε 60 χιλιοστά του γραμμαρίου και ύστερα από μία διεγερτική φάση με σπασμούς, επιφέρει το θάνατο από κεντρική και περιφερική παράλυση της αναπνοής. Δρα ποικιλοτρόπως στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα ανάλογα με τη δόση. Η δράση της θεωρείται παρόμοιο με εκείνης της αμφetaμίνης και της κοκαΐνης. Με μικρές δόσεις νικοτίνης παρατηρείται μια μυϊκή χαλάρωση, ελάττωση του μυϊκού τόνου και των εν τω βάθει αντανakλαστικών. Διευκολύνει τη μνήμη, αυξάνει την ικανότητα για προσοχή, ελαττώνει την ευερεθιστότητα όπως επίσης και την όρεξη και κάνει τα άτομα να αισθάνονται ευχάριστα. Σ'όλους όμως προκαλεί ναυτία και έμμετο από κεντρική δράση από διέγερση του πνευμονογαστρικού. Όλη αυτή η

διαδικασία ονομάζεται ευφορικά σύνδρομο και η νικοτίνη ευεργεί ως μια ευφορική ουσία, η οποία ενισχύει την ικανότητα λειτουργίας του ατόμου.

Το κάπνισμα στους χρόνιους καπνιστές εκτός από ψυχική εξάρτηση δημιουργεί και σε μεγάλο βαθμό και σωματική εξάρτηση. Αναπτύσσεται αντοχή με αποτέλεσμα να καπνίζει κανείς προοδευτικά περισσότερο και να καταλήγει στην εμφάνιση του συνδρόμου στερήσεως, όταν το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα ελαττωθεί κάτω από κάποιο όριο. Το σύνδρομο αυτό διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως. Επιδρά στο Κ.Ν.Σ. με αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα, ανησυχία, εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, δυσχέρεια συγκέντρωσης, διαταραχές στην ικανότητα εκτελέσεως πράξεων, γνώσεως και αντιλήψεως, υπνηλία και ημέρα και αϋπνία τη νύκτα, τρόμος, γαστρικές διαταραχές, ελάττωση της εκκρίσεως κατεχολαμινών, αύξηση της ορέξεως και ελάττωση του βασικού μεταβολισμού ενώ τέλος ελάττωση της καρδιακής συχνότητας, μεταβολές στην ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και στα προκλητά φλοιώδη δυναμικά.

10.5. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι καπνιστές που προσβάλλονται από κάποιο λοιμώδη νόσημα λόγω του εξασθενημένου οργανισμού (μεγάλου ή μικρού βαθμού), συνεπάγεται και ένα χαμηλό ανοσοβιολογικό σύστημα, όπου είναι και η κύρια αιτία της μικρής αντίδρασης του οργανισμού στο μικρόβιο. Επακόλουθο είναι το άτομο αυτό να χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αναρρώσει, και εάν τυχόν χρειασθεί να γίνει σ' αυτό το άτομο κάποια χειρουργική επέμβαση εμφανίζει συ-



ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΑΦΟΒΑ
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΑΔΥΝΑΤΙΖΕΙ

χνότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές σε σχέση με κάποιο άτομο που δε καπνίζει.

10.6. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΥΠΟΔΟΙΠΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ.

Το κάπνισμα έχει κατηγορηθεί σαν υπεύθυνο για τα περισσότερα από τα σοβαρότερα ιατρικά προβλήματα ιδιαίτερα εκείνα που οδηγούν στο θάνατο. Οι καπνιστές διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο απ' ότι οι μη καπνιστές. Ενδεικτικά αναλύουμε :

Α. ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ. Παρατηρείται σε συχνότητα 1,7 περισσότερες φορές στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές. Θα ήταν παράλειψη να μη τονίσουμε πως η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων του έλκους όπως επίσης επιταχύνει και την επούλωση αυτού.

Β. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ, ΝΕΦΡΩΝ, ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ, ΗΠΑΤΟΣ.

Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό καρκινογόνων ουσιών, οι οποίες βοηθούν στη δημιουργία κακοηθών νεοπλασμάτων. Το κάπνισμα είναι ένας από τους σπουδαιότερους λόγους δημιουργίας ενός καρκίνου από τα παραπάνω ανθρώπινα όργανα. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος όπως επίσης όσο μικρότερη είναι η ηλικία ενάρξεως ενώ ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος.

Τέλος ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο ή με χρήση πίπας, πλην όμως διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο στα χείλη, τη γλώσσα, το σαγόνι, το λαιμό και τον οισοφάγο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα απαρτίζεται από δύο κύρια τμήματα, την άνω και κάτω αεροφόρο οδό. Η άνω αεροφόρος οδός αποτελείται από την ρίνα, το ρινοφάρυγγα, το στόμα, το στοματοφάρυγγα και από το λάρυγγα. Η κάτω αεροφόρος οδός διακρίνεται στους μεγάλους αεραγωγούς, όπως είναι η τραχεία και οι βρόγχοι και στους μικρούς αεραγωγούς που είναι τα βρογχιόλια και οι κυψελίδες.

1.2. ΡΙΝΙΚΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ

Οι ρινικές κοιλότητες είναι το πρώτο τμήμα του αναπνευστικού συστήματος. Χρησιμοποιούν για την προετοιμασία του αναπνεόμενου αέρα που καταλήγει στους πνεύμονες, μέσω του φάρυγγα, τον λάρυγγα, της τραχείας και των βρόγχων. Κάθε μία από τις δύο ρινικές κοιλότητες αρχίζει από το μυκτήρα, συνεχίζει στην ιδίως ρινική κοιλότητα και καταλήγει στο φάρυγγα. Το ρινικό διαφράγμα χωρίζει τη δεξιά και την αριστερά ρινική κοιλότητα. Ο βλεννογόνος του ρινικού διαφράγματος περιέχει άφθονα αγγεία. Λόγω μεγάλης αποκλίσεως του διαφράγματος ή μεγεθύνσεως των αγγείων μπορεί να περιοριστεί σημαντικά η ρινική αναπνοή. Η ρινική κοιλότητα αποτελείται από τρεις ρινικούς πόρους που επικοινωνούν με το ρινικό διάφραγμα και το κοινό ρινικό πόρο. Αυτοί οι ρινικοί πόροι είναι ο άνω, ο μέσος, και ο κάτω ρινικός πόρος. Ο ρινικός βλεννογόνος διακρίνεται σε οσφρητικό, ο οποίος είναι όργανο οσφρήσεως και περιέχει οσφρητικά κύτταρα καθώς επίσης και από τον αναπνευστικό, ο οποίος αποτελεί όργανο του κύκλου

εισπνοής και εκπνοής. Στη ρινική κοιλότητα συναντά κανείς πολλά αγγεία και νεύρα. Έχουμε αρτηρίες όπως η έσω γναθιαία και η οφθαλμική. Υπάρχουν ακόμα φλέβες και λεμφαγγεία. Τα αισθητικά νεύρα της ρινικής κοιλότητας είναι το οφθαλμικό, το άνω γναθικό και το οσφρητικό.

1.3. ΠΑΡΑΡΙΝΙΚΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ Ή ΚΟΛΠΟΙ

Όλες οι παραρινικές κοιλότητες ή κόλποι βρίσκονται πάνω στα οστά του κρανίου και συνδέονται με την ιδίως ρινική κοιλότητα. Η ανάπτυξή τους γίνεται σχετικά αργά παρόλο που η καταβολή τους έχει στενή σχέση με τη δομική κατάσταση του σκελετού του προσώπου. Είναι τοποθετημένη και ζυγισμένη ισάριθμα δεξιά και αριστερά της μύτης. Αποτελούνται από το γναθιαίο κόλπο, ο οποίος είναι και μεγαλύτερος. Αυτός υπάρχει από τη γέννηση του ατόμου. Στη συνέχεια έχουμε τον μετωπιαίο, ο οποίος παρουσιάζει πολλές ανωμαλίες ως προς το μέγεθος και το σχήμα, μπορεί να λείπει ένας από τους δύο ή να είναι μεγαλύτερος ενώ ένα 10% να λείπουν και οι δύο. Αναπτύσσονται μετά τη γέννηση του ανθρώπου (μετά το 1ο έτος της ηλικίας). Ακόμα έχουμε το σφηνοειδή, όπου το μέγεθός του είναι ασταθές ενώ σ'ένα 10% των ανθρώπων είναι ασταθές και αναπτύσσεται μετά τη γέννηση μεταξύ τρίτου και πέμπτου έτους και συμπληρώνει την ανάπτυξη του μέχρι το 20ο. Τέλος έχουμε στους ηθμοειδείς που είναι ακανόνιστες και υπάρχουν από τη γέννηση του ανθρώπου.

1.4. ΦΑΡΥΓΓΑΣ

Ο φάρυγγας είναι ινομυϊκός σωλήνας που αρχίζει από τη βάση του κρανίου, φτάνει μέχρι τον 6ο αυχενικό σπόν-

δυλο και μεταπίπτει στο σωλήνα του οισοφάγου. Αποτελεί συνδετικό τμήμα μεταξύ ρινικής κοιλότητας και λάρυγγα. Έχει μήκος 14 εκ. και εύρος 4 εκ. Χωρίζεται σε τρεις μοίρες του ρινοφαρυγγική, τη στοματοφαρυγγική και την λαρυγγική. Ο ρινοφάρυγγας χωρίζεται σε άνω, κάτω, πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιο τοίχωμα. Ο στοματοφάρυγγας χωρίζεται σε πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιο τοίχωμα, στα δύο πλάγια υπάρχει και η σύστοιχη αμυγδαλή.

Τέλος η λαρυγγική μοίρα χωρίζεται σε οπίσθιο πρόσθιο και πλάγια τοιχώματα. Το τοίχωμα του φάρυγγα αποτελείται από βλενογονο, υποβλεννογόνιο και μυϊκό χιτώνα και ένα εξωτερικό χιτώνα συνδετικού ιστού. Ο βλενογόνος αποτελεί συνέχεια του βλεννογόνου της μύτης, του στόματος και του λάρυγγα. Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό και ο μυϊκός χιτώνας περιβάλλεται από λεπτή περιτονία. Οι μύες του φάρυγγα ταξινομούνται σε τρεις μεγάλους πλατείς σφικτήρες τον άνω, τον μέσω και τον κάτω καθώς επίσης και τρεις λιγότερο ανεπτυγμένους ανελκτήρες. Η αγγείωση γίνεται από κλάδους της έξω καρωτίδας. Η νεύρωση γίνεται από το φαρυγγικό πλέγμα που σχηματίζεται από το γλωσσοφαρυγγικό και πνευμονογαστρικό νεύρο. Η μεγαλύτερη αρτηρία του φάρυγγα είναι η ανιούσα φαρυγγική, ανιούσα υπερώϊα αρτηρία και κάτω θυροειδή. Ενώ το φλεβικό δίκτυο έχει αποχετεύσεις προς την έσω σφαγίτιδα φλέβα και τις μηνιγγικές φλέβες. Η λειτουργία του φάρυγγα έχει ως σκοπό τη θέρμανση και την εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα, για την οποία ο μέσος ενήλικας, καταναλώνει 400 ML νερού το 24ωρο, ενώ τέλος ο φάρυγγας λειτουργεί και σαν φίλτρο για τον εισπνεό-

μενο αέρα.

1.5. ΛΑΡΥΓΓΑΣ

Είναι το τελευταίο τμήμα της άνω αεροφόρου οδού. Είναι αυλοειδές όργανο, ο οποίος καλύπτεται από την επιγλωττίδα. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του τραχήλου δηλ. 4ο έως 6ο αυχενικό σπόνδυλο μπροστά από το φάρυγγα. Κρέμεται από το υοειδές οστό και από τη ρίζα της γλώσσας ενώ στηρίζεται από την τραχεία. Το σχήμα του είναι τριγωνικό-πυραμοειδές (άνω μέρος) και κυλινδρικό (κάτω μέρος). Παρουσιάζει πρόσθια, οπίσθια και δύο πλάγια τοιχώματα. Οι χόνδροι του λάρυγγα έχουν διάφορα σχήματα από το οποίο πήραν και το όνομά τους, έτσι έχουμε τον θυρεοειδή που είναι ο μεγαλύτερος, τον κρικοειδή, τους αρυταινοειδείς, την επιγλωττίδα και τους κερατοειδείς καθώς και τους σφηνοειδείς χόνδρους.

Παρουσιάζει τρεις μοίρες, άνω, μέση και κάτω. Η μέση είναι η σπουδαιότερη γιατί υπάρχουν δεξιά και αριστερά οι γνήσιες φωνητικές χορδές. Οι μύες του λάρυγγα νευρώνονται από το κάτω λαρυγγικό νεύρο. Αυτοί είναι : ο κρικοθυρεοειδής, ο οπίσθιος και πλάγιος κρικαρυταινοειδής, ο φωνητικός, ο λοξός και εγκάρσιος αρυταινοειδής, ο θυρεοεπιγλωττιδικός, ο θυρεοαρυταινοειδής, και ο αρυταινεπιγλωττιδικός. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι κροσσωτό πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών που είναι πλακώδες. Ο λάρυγγας αιματώνεται από τα άνω και κάτω θυρεοειδή αγγεία. Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και κάτω λαρυγγικό, που είναι κλάδοι του πνευμονογαστρικού. Ο λάρυγγας συμβάλλει στην αγωγή του αέρα,

την παραγωγή φωνής, στη προστασία από εισροφήσεις καθώς επίσης και τη πρόκληση βήχα.

1.6. ΤΡΑΧΕΙΑ - ΒΡΟΓΧΟΙ

Η τραχεία εκτείνεται μεταξύ λάρυγγα και βρόγχων. Είναι ένας ελαστικός σωλήνας που έχει μήκος 12 εκ., και σκοπό έχει κάτω από φυσιολογικές συνθήκες να διατηρεί ανοικτή την αναπνευστική οδό. Διαιρείται στο δεξιό και αριστερό βρόγχο. Ο δεξιός είναι ευρύτερος και πιο βραχύς από τον αριστερό. Η τραχεία είναι κυλινδρική εμπρός και πλάγια ενώ πίσω αποπλατυσμένη. Το τοίχωμά της επενδύεται από βλεννογόνο και αποτελείται από χόνδρινους κρίκους που συνδέονται μεταξύ τους από συνδετικό και μυϊκό ιστό. Η τραχεία αποτελείται από πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιο τοίχωμα. Η τραχεία αιματώνεται από την κάτω θυρεοειδή αρτηρία. Οι φλέβες εκβάλλουν στο θυρεοειδές πλέγμα και στις φλέβες του οισοφάγου ενώ τα λεμφαγγεία καταλήγουν στους παρατραχειακούς και τραχειοβρογχικούς λεμφαδένες, ενώ νευρώνεται από το παλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο.

Όσο αφορά για τους κύριους βρόγχους διαιρούνται στους δευτερογενείς, οι οποίοι υποδιαιρούνται στους τμηματικούς βρόγχους.

1.7. ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Το σχήμα του πνεύμονα μοιάζει με κώνο και διακρίνεται σε βάση, κορυφή, μια κυρτή και κοίλη επιφάνεια. Ο αριστερός πνεύμονας είναι μικρότερος από το δεξιό. Η κοίλη βάση του ακουμπάει στο διάφραγμα. Η κυρτή επιφάνεια εφαρμόζει στο θωρακικό τοίχωμα. Κάθε πνεύμονας αποτελείται

από λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με βαθιές μεσολόβιες σχισμές. Ο δεξιός πνεύμονας παρουσιάζει 3 λοβούς, άνω, μέσω, κάτω. Ο δε αριστερός παρουσιάζει 2 λοβούς, άνω και κάτω. Ο πνεύμονας αγγειώνεται από τα πνευμονικά αγγεία (πνευμονική αρτηρία και φλέβα) και τα βρογχικά αγγεία. Νευρώνεται από το πνευμονικό πλέγμα. Τα λεμφαγγεία βρίσκονται μέσα στο πνευμονικό ιστό. Οι βρογχικές φλέβες από την περιφέρεια του πνεύμονα δέχονται αίμα από τον πνευμονικό υπεζοκότα και εκβάλλουν στις πνευμονικές φλέβες. Οι βρογχικές αρτηρίες για τον αριστερό πνεύμονα είναι δύο ενώ για το δεξιό είναι μία. Στον πνεύμονα γίνεται η ανταλλαγή των αερίων μεταξύ του αναπνεόμενου αέρα και του αίματος. Η επιφάνεια του νεανικού πνεύμονα έχει χρώμα ωχρό γκρίζο λόγω της εναποθέσεως των ακαθαρσιών του αναπνεόμενου αέρα.

1.8. ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΑ - ΚΥΨΕΛΙΔΕΣ

Τα βρογχιόλια αποτελούν διακλάβωση των τμηματικών βρόγχων. Τα βρογχόλια λόγω του μεγάλου αριθμού τους και της χόνδρινης δομής τους παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερη επιφάνεια από εκείνη των μεγάλων αεραγωγών. Έχει υπολογιστεί ότι υπάρχουν περίπου 1.000.000 από αυτά. Κάθε τελικό βρογχιόλιο οδηγεί σε ένα κυψελιδικό πόρο, και τελικά στις κυψελίδες. Οι κυψελίδες αριθμούνται σε 300 εκατομμύρια περίπου και είναι τυφλοί χώροι. Καλύπτονται εσωτερικά από υγρό κάτω από αυτό βρίσκεται «κυψελιδικό επιθήλιο και κάτω από αυτό η βασική μεμβράνη. Περιβάλλονται από πνευμονικά τριχοειδή, όπου μαζί με τη βασική μεμβράνη αποτελούν την αναπνευστική μεμβράνη. Η

ανταλλαγή των αερίων γίνεται στους κυψελιδικούς σάκκους
και στους κυψελιδικούς πόρους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

2.1. Α. Ε ι σ α γ ω γ ή

Όπως και στους άλλους κλάδους της ιατρικής το προσεκτικό και λεπτομερές ιστορικό και η φυσική εξέταση αποτελούν ακρογωνιαίους λίθους της ακριβούς διαγνώσεως στους ασθενείς με παθήσεις του αναπνευστικού. Επι πλέον η ακτινογραφική μελέτη κατέχει ιδιαίτερα σημαντική θέση στη διερεύνηση ασθενών με πνευμονοπάθεια. Επειδή οι ανωμαλίες του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν συχνά εκδήλωση γενικής νόσου, η προσοχή δεν πρέπει να εστιάζεται μόνο στο θώρακα. Θεμελιώδης είναι η πλήρης εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Π.Χ. η παρουσία πνευμονικής βλάβης, στην ακτινογραφία ενδέχεται να οφείλεται σε μεταστατική νόσο, ενώ η αιφόπτυση σε ανωμαλία της αιμοστάσεως. Η διάχυτη σκληροδερμία μπορεί να επιφέρει διάχυτη πνευμονική διήθηση, ενώ πολλαπλές κοιλότητες στον πνεύμονα μπορεί να είναι εκδήλωση κοκκιωματώσεως WEGENER. Όλες οι λεγόμενες αγγειακές νόσοι τουκολλαγόνου ενδέχεται να έχουν έντονες πνευμονικές εκδηλώσεις. Ο καρκίνος τουπνεύμονα μπορεί να συνοδεύεται απο εμφανείς εξωθώρακικές εκδηλώσεις, που να επισκιάζουν την πνευμονική βλάβη, όπως μυοπάθεια, περιφερειακή νευροπάθεια, υπερτροφική πνευμονική οστεοαρθροπάθεια και ποικιλία ενδοκρινικών και μεταβολικών εκδηλώσεων περιλαμβανομένου του συνδρόμου CUSHING, του καρκινοειδούς συνδρόμου, εικόνας ομοιάζουσας προς υπερπαραθυρεοειδισμό, απρόσφορης εκκρίσεως αντιδιουρητικής ορμόνης, γοναδοτροπίνης και αυξημένη συχνότητα πνευμονικών λοιμώξεων.

Β. Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο : Κατά τη λήψη του ιστορικού με πνευμονική νόσο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ότι ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού εκτίθεται σε ουσίες δυνητικά τοξικές για τους πνεύμονες. Άρα το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες για το επάγγελμα και τον τρόπο ζωής με περιγραφή των εκθέσεων σε επικίνδυνες ουσίες, όπως αμίαντος άνθρακας, διοξείδιο του πυριτίου, βηρύλλιο, ίνες σακχαροκαλάμου, οξείδια σιδήρου, οξείδιο κασσιτέρου, σκόνη βάμβακος, διοξείδιο τιτανίου, άργυρος, διοξείδιο του αζώτου ζάα, μουχλιασμένο χόρτο και συσκευές κλιματισμού και υγραντικές διατάξεις καμίνων.

Χρήσιμη είναι η κατάρτιση επαγγελματικού ιστορικού με την απασχόληση του ασθενούς, τη διάρκεια της εκθέσεως, τη χρήση προφυλακτικών μέσων και την εμφάνιση της νόσου στους συναδέλφους του ασθενούς. Το επαγγελματικό ιστορικό πρέπει επίσης να περιέχει πληροφορίες για τις αλλαγές επαγγέλματος καθώς επίσης για την υπηρεσία στο στρατό. Η επαφή με άγρια και οικιακά ζώα μπορεί να προκαλέσει πνευμονικά συμπτώματα, όπως βρογχόπλασμο επιατόμων αλλεργικών στις γάτες, ή σπανιότερα, οξεία πνευμονίτιδα επί ορνιθώσεως. Πρέπει να εξετάζεται η χρήση καπνού και επί ποσοτικής βάσεως, επειδή αυτός αποτελεί σπουδαίο παράγοντα κινδύνου για πολλές πνευμονοπάθειες. Η πνευμονία απο εισρόφηση και η πνευμονία απο πνευμονιόκοκκο και KLEBSIELLA απαντούν στους αλκοολικούς ενώ τα πνευμονικά αποστήματα ανευρίσκονται συχνότερα στους χρησιμοποιούντες ενδοφλέβιες ενέσεις φαρμάκων. Η καταγραφή των προηγούμενων τόπων διαμονής του ασθενούς έχει μεγάλη σημασία στη διάγνωση της ιστοπλασμώσεως (νότιες και κεντρικές δυτικές πολιτείες των Η.Π.Α.), της τροπικής κωσινοφιλίας

και της Νοτιοαμερικανικής βλαστομυκητιάσεως. Π.Χ. οι πνευμονικές μάζες σε ασθενείς αποχώρες της Μεσογείου μπορεί να οφείλονται σε υδατίδες κύστεις, η αιμόπτυση σε ασθενείς απο την κεντρική Κίνα μπορεί να προκαλείται απο παραγονιμίαση, ενώ η πνευμονική καρδιά στην Αίγυπτο οφείλεται συχνά σε σχιστομμίαση.

Γ. Οικογενειακό Ιστορικό: Πρέπει να περιλαμβάνει νόσους ενδεχομένως γενετικές, όπως κυστική πνευμονική νόσος, πνευμονικό εμφύσημα λόγω ελλείψεως της α1 αντιθρυψίνης, κυστική ίνωση, άσθμα, κληρονική τελαγγειεκτασία, σύνδρομο KARTAGENER και κυψελιδικη μικρολιθίαση, καθώς επίσης και λοιμώξεις οφειλομενες στο βάκιλλο της φυματίωσης, σε μύκητες και στο σχιστόσωμα, όπου έχει σημασία ο συγχρωτισμός προς προσβλημένα μέλη της οικογένειας.

Η δύσπνοια αποτελεί θεμελιώδη εκδήλωση νόσων του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος. Άρα επιβάλλεται η λεπτομερής φυσική εξέταση αμφοτέρων των συστημάτων σε κάθε ασθενή με το σύμπτωμα αυτό. Η δύσπνοια που οφείλεται σε καρδιακή πάθηση συχνά αναγνωρίζεται απο την παρουσία άλλων ενδείξεων καρδιακής ανεπάρκειας όπως μεγαλοκαρδία, καλπαστικοί ρυθμοί και φουήματα. Μπορεί να είναι δύσκολη η διάκριση της παροξυσμικής νυκτερινής δύσπνοιας λόγω πνευμονικού οιδήματος καρδιακής αιτιολογίας απο νυκτερινές προσβολές βρογχικού άσθματος, αλλά βοηθά πολύ η λεπτομερής περιγραφή των συνθηκών υπο τις οποίες εμφανίζεται το σύμπτωμα αυτό. Επίσης η δύσπνοια αποτελεί συχνό σύμπτωμα μη οργανικής αιτιολογίας. Σημαντικό στοιχείο για την αναγνώριση αυτής της μορφής της δύσπνοιας είναι η παρατήρηση ότι η δυσχέρεια αναπνοής συχνά επέρχεται στην ανάπαυση και ανακουφίζεται με τη μυϊκή κόπωση. Το αντίθετο συμβαίνει όταν η δύσπνοια οφείλεται σε πα-

θήσεις πνευμόνων, ή καρδιάς. Εξίσου σημαντική για τη διαφορική διόγκωση είναι η προσεκτική διερεύνηση της σχέσεως της δύσπνοιας προς τα άλλα συμπτώματα όπως βήχας και στηθάγχη.

Οι ασθενείς με νόσους του αναπνευστικού μπορεί επίσης να παραπονιούνται για θωρακικό άλγος, το οποίο συχνά οφείλεται σε φλεγμονή του υπεζωκόλα και απαντά επί πνευμονίας, πνευμονικής εμβολής, φυματιώσεως και κα οήθων όγκων. Το πλευριτικό άλγος εντοπίζεται συνήθως στη μια πλευρά του θώρακα και μεταβάλλεται με τις κινήσεις του θώρακα και την αναπνοή.

Οι βλάβες που περιορίζονται στο πνευμονικό παρέγχυμα δεν προκαλούν άλγος, ενώ οι βλάβες των οργάνων του μεσοθωρακίου μπορεί να επιφέρουν τοπικό αίσθημα δυσφορίας με αντανάκλασεις χαρακτηριστικές για το προσβλημένο όργανο. Το άλγος μπορεί επίσης να προέρχεται ή να αποδίδεται στο θωρακικό τοίχωμα. Μπορεί να οφείλεται σε μεσοπλεύρια νευρίτιδα, όπως επί έρπητα ζωστήρα ή σε συμπίεση των μεσοπλεύριων νεύρων στην έξοδο τους από τον νωτιαίο μυελό. Τα άλγη της αιτιολογίας αυτής έχουν συχνά επιφανειακό χαρακτήρα και μπορεί να συσχετίζονται προς το βήχα και τη μυϊκή προσπάθεια. Το θωρακικό άλγος μπορεί επίσης να οφείλεται σε μυοσίτιδα, διαταραχές των χόνδρων των πλευρών, ισχαιμία του μυοκαρδίου, περικαρδίτιδα, νόσους του οισοφάγου και ανεύρυσμα της αορτής, απλό και διαχωριστικό.

Ο βήχας και η από χρέμψη αποτελούν επίσης κύρια γνωρίσματα των πνευμονικών νοσών. Λίγοι ασθενείς είναι σε θέση να περιγράψουν ακριβώς τη βαρύτητα του βήχα και το ποσό των πτυέλων, άρα πρέπει να εξετάζονται πτύελα 24ώρου.

Ο βήχας συχνά ελκύεται από ερεθισμό των νευρικών απολήξεων των αεροφόρων οδών από ξένα σώματα και λόγω φλεγμονής των βρόγχων, χρονίας (όπως ο βήχας των καπνιστών και επί χρόνια

βρογχίτιδας) ή οξείας (όπως σε ποικίλες λογευείς και μικροβιακές λοιμώξεις). Ο χρόνος εμφάνισης του βήχα και η φύση και η ποσότητα της απόχρεμψης μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση π.χ. η βρογχεκτασία και το πνευμονικό απόστημα εμφανίζουν πυώδη πτύελα, που μπορεί να είναι δύσοσμα και να έχουν αιματηρές γραμμώσεις. Τα πτύελα του πνευμονικού οιδήματος, είναι ροδόχροα, αφρώδη και υδαρή. Χαρακτηριστικά της οξείας και χρόνιας βρογχίτιδας είναι τα βλεννώδη (διαυγή, κολλώδη, στίλβοντα λευκά ή γκρίζα) ή τα βλεννοπυώδη (βλενώδη με κίτρινες ή πράσινες περιοχές πύου) πτύελα. Τα πτύελα επί πνευμονίας είναι αιματηρά ή σκωριόχροα, ενώ επί πνευμονίας από KLEBSIELLA εμφανίζονται παχύρρευστα, ζελατινώδη, κεραμόχροα, ανάμικτα με πύο. Ο παροξυσμικός βήχας μπορεί επίσης να αποτελεί αρχικό γνώρισμα του βρογχικού άσθματος, όπου η φυσική εξέταση αποκαλύπτει συριγμώδη αναπνοή και συριττοντες ξηρούς ρόγχους, καθώς επίσης και της αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας όπου παρατηρείται συνήθως τη νύκτα κατά τη κατάκλιση. Η πνευμονική φυματίωση αν και σπανιότερη σήμερα παραμένει σύνηθες αίτιο χρόνιου βήχα, όπως και οι όγκοι του πνεύμονα. Μια μεταβολή του χαρακτήρα του χρόνιου βήχα επιβάλλει τη διενέργεια εξέτασης.

Η αιμόπτυση αποτελεί συχνά ανησυχητικό σύμπτωμα. Μια αραιή αιματηρή γράμμωση των πτυέλων μπορεί να παρατηρηθεί σε οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού. Πολλοί όμως ασθενείς με αιματηρά πτύελα έχουν σοβαρή νόσο, όπως πνευμονική εμβολή, ή βρογχεκτασία. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητος ο αποκλεισμός της προελεύσεως του αίματος από το ρινοφάρυγγα το στόμαχο και τον οισοφάγο. Πρέπει να καθορίζονται οι χαρακτήρες των αιματηρών πτυέλων, γιατί μπορεί να βοηθήσουν στην αναγνώριση

της υποκείμενης νοσηρής εξεργασίας. Πτύελα με αμιγές αίμα χωρίς βλέννα ή πύα μπορεί να οφείλονται σε πνευμονική εμβολή. Αν υπάρχει πύο, πρέπει να ληφθεί υπόψη η πνευμονία, η βρογχεκτασία ή το πνευμονικό απόστημα. Τα αραιά, ροδόχροα, αφρώδη πτύελα πρέπει να κατευθύνουν προς το οξυ πνευμονικό οίδημα.

Δ. Φυσική εξέταση

Εκτός απο τη προσεκτική εξέταση του θώρακα, επιβάλλεται λεπτομερής γενική φυσική εξέταση του ασθενούς με διαταραχές του αναπνευστικού. Επί οξείας υπερκαπνίας και υποξαιμίας παρατηρείται διανοητική σύγχυση ή ακόμη και κώμα. Η κηλίδωση των δακτύλων προδίδει την κατάχρηση καπνού, οι παθήσεις των δοντιών και των ούλων, μπορεί να παρατηρηθούν σε ασθενείς με πνευμονία απο εισρόφηση και πνευμονικό απόστημα ειδικές δερματικές αλλοιώσεις υποδηλώνουν την παρουσία σαρκοειδώσεως, αγγειακών διαταραχών του κολλαγόνου, κοκκιωματώσεως WEGENER και βηρυλλιώσεως. Όλες οι παθήσεις αυτές μπορεί να εμφανίζουν έντονες πνευμονικές εκδηλώσεις. Η πληκτροδακτυλία ή σε προχωρημένο στάδιο, η οστεοαρθροπάθεια μπορεί να σημαίνουν καρκίνο ή πυογόνο εξεργασία του πνεύμονα, χρόνια υποξαιμία όπως επι χρόνιας βρογχίτιδας, πνευμονικές αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες ή συγγενή καρδιοπάθεια με διαφυγή αποτα δεξιά προς τα αριστερά. Όμως η πληκτροδακτυλία απαντά επίσης σε μερικούς ασθενείς με χολική κύρρωση, τοπική εντερίτιδα και ελκώδη κολίτιδα. Συνιστάται η προσεκτική αναζήτηση λοιμώξεων των δοντιών, των ούλων, των αμυγδαλών και των παραρινίων κόλπων επί υπάρξεως ή υποψίας βρογχεκτασιών ή πνευμονικού αποστήματος. Νευρολογικά ευρήματα όπως κεφαλαγία, υπνηλία, οίδημα οπτική θηλής και άλλες ενδείξεις αυξημένης ενδοκρανιακής πιέσεως μπορεί να παρατηρηθούν

επί πνευμονοπαθειών με υποξαιμία και υπερκαπνία. Το αγγειογενές SHOCK αποτελεί όψιμη επιπλοκή της δηλητηρίασεως με CO₂ και χαρακτηρίζεται απο υπόταση, ερυθρότητα δέρματος επίδρωση και ταχυκαρδία.

Ε. Εργαστηριακές Εξετάσεις

Δια τη διάγνωση των νόσων του αναπνευστικού συστήματος η πρώτη βασική εξέταση είναι ακτινογραφία του θώρακος. Ομοίως βασική εξέταση δια την αναζήτησιν κοιλοτήτων ή του βάθους των ακτινογραφικών σκιεροτήτων είναι η τομογραφία, η οποία παρουσιάζει τομές του πνεύμονα σε επίπεδα που απέχουν 1 εκ. μεταξύ τους. Οι τομογραφίες λαμβάνονται απο τον τομογράφο ή όπου λήψεις αυτών γίνονται αν υπάρχουν πολυτομικές κασέτες (των 7 συνήθως).

Άλλη εξέταση είναι η βρογχογραφία η οποία συνίσταται στη λήψη ακτινογραφίας κατόπιν εισόδου σκιερογόνου ιωδιούχου ουσίας. Η βρογχογραφία γίνεται με την διείσδυση της ουσίας εκ των έσω ή με παρακέντηση απ' έξω στον τράχηλο. Η βρογχοσκόπηση είναι η επισκόπηση των βρόγχων δια του βρογχοσκοπίου όπου συλλέγονται βρογχικές εκκρίσεις ή εκτελείται βιοψία δι' ειδικής λαβίδας.

Οι βρογχικές εκκρίσεις εξετάζονται δια της κατά Παπανικολάου μεθόδου της αποφολιδωτικής κυτταροπαθολογίας για την ανεύρεσι νεοπλασματικών κυττάρων. Εκτός της βρογχοσκόπησης γίνεται στον λάρυγγα η άμεσος λαρυγγοσκόπηση.

Άλλες νεώτερες εξετάσεις είναι η αγγειογραφία των πνευμόνων η οποία λαμβάνει χώρα με αρτηριογραφία της πνευμονικής αρτηρίας μετά απο καρδιακού καθετηριασμού και το σπινθηρογράφημα των πνευμόνων που εκτελείται με ραδιενεργό ιώδιο I¹³¹ προς αναζήτηση πνευμονικής εμβολής.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

2.2. ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΕΣ

A. ΓΕΝΙΚΑ

Η φλεγμονή του λάρυγγα μπορεί να είναι αποτέλεσμα κατάχρησης της ομιλίας ή λοίμωξης των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Μπορεί όμως να οφείλεται σε λοίμωξη που πρωτοπαθώς εντοπίζεται στις φωνητικές χορδές.

Η οξεία λαρυγγίτιδα είναι μια συνηθισμένη καλοήθης πάθηση που ευνοείται όμως από τοπικούς παράγοντες, όπως ρινοφαρυγγικές μολύνσεις, κάπνισμα, οινόπνευμα, ρύπανση του αέρα, υπερβολική υγρασία ή αντιθέτως ξηρασία, απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας.

Οφείλεται κυρίως σε ιούς και σε μικρόβια, αρχίζοντας συνήθως μ'ένα αίσθημα ξηρότητας και ερεθισμού και έχοντας στη συνέχεια τα πιο κάτω συμπτώματα:

1. Βράγχος φωνής
2. Πόνος και έντονος βήχας.
3. Πολλές φορές πυρετός, αν συνοδεύεται και από φλεγμονή του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και
4. Βλεννώδη απόχρεμψη.

Με τη λαρυγγοσκόπηση φαίνεται καθαρά ερυθρότητα και οίδημα του βλεννογόνου του λάρυγγα.

B. Χρονία Λαρυγγίτιδα

Η χρονία λαρυγγίτιδα χαρακτηρίζεται από επίμονο βράγχος Δημιουργείται από συχνά επαναλαμβανόμενες οξείες λαρυγγίτιδες. Σπάνια είναι επιπλοκή χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας ή χρόνιας βρογχίτιδας. Μπορεί ακόμα να προκληθεί από τη συχνή εισπνοή ερεθιστικών αερίων, κατάχρησης καπνού ή οινόπνευματος ή κατάχρησης φυματίωσης ή όγκου του λάρυγγα. Η

θεραπεία και εδώ στη χρόνια λαρυγγίτιδα είναι η χορήγηση αντιφλεγμονωδών-αντιβηχικών-αντιβιοτικών φαρμάκων, ο περιορισμός της ομιλίας, η εξάλειψη κάθε λοίμωξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών και ο περιορισμός του καπνίσματος και των οινοπνευματωδών ποτών.

Γ. Εκτίμηση της κατάστασης αρρώστου με οξεία και χρόνια λαρυγγίτιδα

- 1) Πληροφορίες απο τον ίδιο τον άρρωστο προφορικά ή γραπτά (αφωνία).
- 2) Ιστορικό υγείας.
- 3) Φυσική εκτίμηση.
 - α. Εξέταση του λαιμού δείχνει υπεραίμικό και οιδηματώδη βλεννογόνο.
 - β. Μπορεί να υπάρχει εξίδρωμα.
 - γ. Η φωνή του αρρώστου: βραχνή, τραχεία ή αφωνία
 - δ. Μπορεί να υπάρχει πρόσθια και οπίσθια λεμφαδενοπάθεια.
- 4) Διαγνωστικές εξετάσεις: άμεση λαρυγγοσκόπηση για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Δ. Προβλήματα του αρρώστου

- 1) Μεταβολές στην άνεση-πόνος.
- 2) Θρεπτικές μεταβολές-δυσνητικές.
- 3) Αναπνευστική δυσλειτουργία-βήχας, δευτεροπαθής προς την αύξηση των εκκρίσεων.
- 4) Δυσκολία στην επικοινωνία.

Ε. Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Η/Ο Νοσηλεύτρια/τής που νοσηλεύει στο τμήμα της/του περιστατικά λαρυγγίτιδας έχει υποχρέωση να περνα πολλές φορές απο το θάλαμο και να παρακολουθεί την ένταση της δύσπνοιας. Αν

αντιληφθεί μεγάλη δύσπνοια, πρέπει να ειδοποιήσει αμέσως το γιατρό. Στις πιο απλές μορφές λαρυγγίτιδας ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας είναι η παροχή συμβουλών. Πιο συγκεκριμένα:

- Παροχή συμβουλών (κάπνισμα, κατάχρηση φωνής)
- Λήψη μέτρων για επικοινωνία του αρρώστου με τους άλλους (μολύβι, χαρτί, πλάκα, κουδούνι).
- Εισπνοές ατμού-αύξηση υγρασίας βοηθά στη ρευστοποίηση των εκκρίσεων και προλαβαίνει την ξηρότητα του φάρυγγα και της φαρυγγικής περικοχλής.
- Παστίλιες με τοπικό αναισθητικό
- Υγιεινή στόματος για αποφυγή δυσσομίας και βελτίωση όρεξης: Κορήγηση πλήρους μη ερεθιστικής δίαιτας και υγρών.
- Κορήγηση αντιβιοτικών (αν υπάρχει λοίμωξη)- έλεγχος καλλιέργειας επιχρίσματος λαιμού.
- Θεραπευτική ανάπαυση σε δωμάτιο με καλή υγρασία.
- Κορήγηση αντιβηχίων σιροπιών.
- Στενή παρακολούθηση.,

ΣΤ. Σκοποί Φροντίδας

1) Αμεσοι

- α. Προαγωγή πλήρους φωνητικής ανάπαυσης.
- β. Μείωση βήχα και αισθήματος δυσχέρειας στο λαιμό.
- γ. Προαγωγή ικανοποιητικής επικοινωνίας.
- δ. Εξασφάλιση δίαιτας και υγρών που δεν ερεθίζουν θερμικά, χημικά ή μηχανικά.

2) Μακροπρόθεσμοι

- α. Διδασκαλία για την επίδραση του καπνού και άλλων ερεθιστικών.
- β. Πρόληψη υποτροπής.
- γ. Συμβουλές για διακοπή καπνίσματος.

Ζ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- (1) Θετική απόκριση στη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα
- (2) Αρνητική απόκριση - Επιπλοκές: χρόνια φλαρυγγίτιδα.
 - α) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου
 1. Συχνός βήχας.
 2. Εύκολη κόπωση κατά την ομιλία.
 3. Πόνος στο λαιμό.
 - β) Παρέμβαση
 1. Πλήρης παροδική φωνητική ανάπαυση.
 2. Εισπνοές ατμού χωρίς φάρμακα.
 3. Αποφυγή καπνίσματος.
- (3) Παρακολούθηση και επαναξιολόγηση.

Η. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 1) Συστήνεται αποφυγή καπνίσματος και ομιλία
 - 2) Χορηγούνται αντιβηχικά,
 - 3) Χορηγούνται αντιφλεγμονώδη
 - 4) Ίσως και αντιβιοτικά.
- Επίσης στο θεραπευτικό σχήμα είναι και οι εισπνοές ατμού.

2.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα έχει σημαντικές επιδημιολογικές ομοιότητες με τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και ορισμένες διαφορές, όπως πολύ μικρότερη συχνότητα, πολύ καλύτερη πρόγνωση, μικρότερη σχέση με επαγγελματικούς παράγοντες, και ισχυρή θετική σχέση με την κατανάλωση πυκνών οινοπνευματωδών ποτών. Αναπτύσσεται σε μέση ηλικία 60 ετών και είναι 10 φορές συχνότερος στους άντρες απ'όσο στις γυναίκες. Είναι δύο ειδών:

Εσωτερικός, που εξορμάται από την πρόσθια μοίρα των φωνητικών χορδών (70% των περιπτώσεων) και εξωτερικός, που επεκτείνεται και πέρα από τις φωνητικές χορδές. Τα πρώιμα συμπτώματα είναι: βράγχος φωνής, που αναπτύσσεται πρώιμα στην πορεία της εσωτερικής μορφής, ενώ συχνά η εμφάνισή της καθυστερεί επ'εξωτερικής μορφής, και δυσχέρεια στην περιοχή του λάρυγγα. Αργότερα εμφανίζεται πόνος, αναπνευστική απόφραξη, δυσκαταποσία, αιμορραγία ή οίδημα, σε προχωρημένες μορφές έχουμε αδυναμία απώλεια βάρους, ανορεξία.

B. Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Κάπνισμα
2. Κατάχρηση οινοπνεύματος
3. Μολυσμένη ατμόσφαιρα
4. Χρόνιες παθήσεις λάρυγγα

Το 1/4 των περιπτώσεων καρκίνου του λάρυγγα ο κυριώτερος αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα. Η αντιμετώπιση της καπνιστικής επιδημίας αποτελεί το βασικό στόχο στην οργάνωση της πρωτογενούς πρόληψης και κακοή-

θων νεοπλασιών και μια λογική προτεραιότητα της γενικότερης κρατικής υγειονομικής πολιτικής (μολονότι το γεγονός αυτό συνειδητοποιήθηκε με σημαντική καθυστέρηση στη χώρα μας).

Ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος θα αποτελούσε, η σταθερή αποφυγή του καπνίσματος για όσους δεν καπνίζουν και η απόλυτη και συνεπής διακοπή της συνήθειας για όσους καπνίζουν. Αν αποτύχουν τα ριζικά μέτρα, θα πρέπει με τη βοήθεια μέσων μαζικής ενημέρωσης έτσι ώστε να γνωρίσουν τουλάχιστον οι καπνιστές τις παραμέτρους του καπνίσματος που μεγαλώνουν τους κινδύνους. Έτσι το κάπνισμα των τσιγάρων είναι πιο επικίνδυνο από το κάπνισμα της πίπας ή πούρων. Ο πρόσθετος κίνδυνος είναι η εκθετική συνάρτηση της διάρκειας του καπνίσματος (ένας που καπνίζει 20 χρόνια έχει 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του λάρυγγα συγκριτικά με έναν που καπνίζει για 10 χρόνια) η αποφυγή εισπνοής του καπνού δεν προστατεύει τον καπνιστή στην έκταση που θα αναμενόταν. Το κάπνισμα του τσιγάρου μέχρι το τέλος (μικρή γόπα) αυξάνει σημαντικά τον πρόσθετο κίνδυνο. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει ουσιαστικά και γρήγορα τον αυξανόμενο κίνδυνο. Το φίλτρο παρέχει ένα βαθμό προστασίας σε σχέση με τα άφιλτρα τσιγάρα.

Γ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με καρκίνο λάρυγγα

1. Υγιεινή στόματος για καταπολέμηση δυσσομίας και πρόληψη μόλυνσης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αρραιωμένο υπεροξειδίο του υδρογόνου.
2. Εισπνοές ατμού για εφύγρανση των βλεννογόνων και ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

3. Εξασφάλιση υγρών και τροφής που καταπίνεται εύκολα.
Αποφυγή ξυών τροφών.
4. Έναρξη χρήσης μαγικής πλάκας ή σημειωματάριου για επικοινωνία Υποστήριξη του αρρώστου κατά τη μεταβατική περίοδο.
5. Εξασφάλιση υποστήριξη κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.
6. Μείωση αγωνίας. Προαγωγή περιβάλλοντος όπου ο άρρωστος και η οικογένειά του θα είναι ελεύθεροι να συζητούν ό,τι αφορά τη χειρουργική επέμβαση.
7. Προετοιμασία του αρρώστου για το είδος της θεραπείας που αποφασίστηκε.
8. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων παρέμβασης.

Δ. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α) Άμεση λαρυγγοσκόπηση (λαρυγγοσκόπιο)
- β) Έμμεση λαρυγγοσκόπηση (καθρέπτου)
- γ) Βιοψία της αλλοίωσης
- δ) Τομογραφία για καθαρισμό των ορίων του καρκίνου
- ε) Οισοφαγογράφηση με βάριο για καθορισμό ορίων του καρκίνου.

Ε. Προφύλαξη

1. Αποφυγή έκθεσης σε ερεθιστικούς και επιβλαβείς καπνούς
2. Μείωση αλκοόλης και τσιγάρου
3. Αποφυγή κατάχρησης της φωνής
4. Ιατρική παρακολούθηση των αρρώστων με λευκοπλακία και πολύποδα λάρυγγα.

ΣΤ. Θεραπεία εκλογής είναι η εγχείρηση. Μικροί όγκοι

του μέσου τριτημορίου της φωνητικής χορδής συχνά ανταποκρίνονται σε μόνη την ακτινοβολία. Στην πλειονότητα των περιπτώ-

σεων απαιτείται ολική ή μερική λαρυγγεκτομή. Όταν ο καρκίνος αφορά την επιγλωττίδα και η τις νόθες χορδές, προτιμάται η μερική υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή, επειδή δεν συνεπάγεται απώλεια της ομιλίας και εμφανίζει μεγαλύτερη πιθανότητα εάσεως. Σε μερικές περιπτώσεις η προεγχειρητική ακτινοβολήση του λάρυγγα και των πέριξ λεμφαδένων μπορεί να βοηθήσει στην εκρίζωση του όγκου. Το 90% των καρκίνων του λάρυγγα ιώνται, αν διαγνωστούν και αντιμετωπισθούν έγκαιρα.

Ζ. Χειρουργική παρέμβαση

1. Προεγχειρητική ετοιμασία

- α) Μείωση αγωνίας επιτρέποντας στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση.
- β) Διερμηνεία των πληροφοριών του χειρουργού.
- γ) Εξασφάλιση πνευμονικής και συμβουλευτικής βοήθειας αν την επιθυμεί ο άρρωστος.
- δ) Προετοιμασία αρρώστου να αναπνέει μέσα απο το τραχειακό άνοιγμα. Λέμε στον άρρωστο τι μπορεί να περιμένει μετά την εφαρμογή τραχεοσωλήνα.
- ε) Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας μετά την εγχείρηση.
- στ) Πληροφόρηση για τη μεταγχειρητική περίοδο γενικά (HENOVAR αναρρόφηση, αλλαγή σωλήνα, τεχνητή διατροφή, χορήγηση οξυγόνου).

2. Είδη χειρουργικών επεμβάσεων

- α) Χορδεκτομία-Μερική λαρυγγεκτομή
 - = Υγιεινή στόματος
 - εκτίμηση ζωτικών σημείων
 - Προειδοποίηση αρρώστου για περιορισμό χρησιμοποίησης φωνής του εγκαθίδρυση εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας.

- Διδασκαλία αρρώστου πως να κλείνει το στόμιο της τραχείας για να μιλά.
- Χορήγηση μαλακών τροφών αντί υγρών.
- Καθαρισμός τραχειοσωλήνα και αναρρόφηση τραχειοστομίας όταν είναι ανάγκη.
- Παρακολούθηση εγχειρητικής περιοχής για α) Αιμορραγία β) Υποδόριο εμφύσημα.
- Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον πόνο όταν είναι ανάγκη. Παρακολούθηση αποτελεσμάτων στον άρρωστο.
- β) Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή. Μία οριζόντια τομή πάνω από τις γνήσιες χορδές επιτρέπει την αφαίρεση μόνο του παθολογικού ιστού φροντίδα όπως και στην περοηγούμενη περίπτωση.
- γ) Ολική λαρυγγεκτομή.
- Ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού 30° για διευκόλυνση παροχέτευση και διατήρηση του αεραγωγού.
- Εξασφάλιση εφυγρασμένου αέρα στο τραχειακό άνοιγμα. Εφυγρασμένο οξυγόνο χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος.
- Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.
- Χορήγηση τροφής από τον ρινογαστρικό σωλήνα. Χορήγηση απαραίτητου νερού. Παρακολούθηση για επιπλοκές.
- Διδασκαλία του αρρώστου για τροποποίηση της υγιεινής στόματος (βούρτσισμα γλώσσας-υπερώας, εσωτερικού του στόματος).
- Εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης.

2.4. Χρόνια Βρογχίτιδα

α. ΓΕΝΙΚΑ

Η χρόνια βρογχίτιδα είναι μία πάθηση του αναπνευστικού συστήματος πολύ διαδομένη μεταξύ των πληθυσμών (ονομάζεται

"κοινωνική" πάθηση). Είναι μια πάθηση που παράγει αναπηρία. Ενώ για πολύ καιρό θεωρούνται μη ενδιαφέρουσα πάθηση, έγινε ένα μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Η χρόνια βρογχίτιδα είναι τόσο συχνή ώστε να θεωρήται αμελητέα κάτω από το όνομα "βήχας των καπνιστών". Εξάλλου, επειδή πολλοί χρόνια βρογχίτικοί δεν θεωρούνται κλινικά ανάπηροι υπάρχει η τάση της θεώρησης αυτής της πάθησης σαν μικρής σημασίας, ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Φυσικά όλα τα άτομα που έχουν βήχα δεν θα πρέπει να θεωρείται ότι έχουν χρ.βρογχίτιδα π.χ. σαν ένα άτομο έχει απόχρεψη για πολλά χρόνια αλλά κατά μικρές περιόδους δεν μιλάμε για χρ.βρογχίτιδα. Το ανάλογο συμβαίνει για αν ένα άτομο αποχρέμπει για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετά σταματά.

Η χρόνια βρογχίτιδα είναι, σήμερα, μια βλαβερή νόσος, τουλάχιστον όσο η πνευμονική φυματίωση. Πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι ενώ η πνευμονική φυματίωση βρίσκεται σε μείωση η χρόνια βρογχίτιδα βρίσκεται σε αύξηση όλα τα χρόνια.

Όσο αφορά τη θνησιμότητα υπάρχουν στατιστικά στοιχεία που κυρίως τα τελευταία χρόνια είναι ανησυχιτικά.

Στην περίοδο 1972-1974 σε όλους τους θανάτους που εξακριβώθηκαν στην Ιταλία για όλες τις αιτίες το 11,52% οφειλόταν σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (61.028 θάνατοι το χρόνο), από τους οποίους το 59,3% λόγω χρόνιας βρογχίτιδας και άλλων αναπνευστικών παθήσεων το 26,9% λόγω πνευμονικών όγκων το 87% λόγω οξείων ασθενειών (πνευμονία κλπ) και το 5,1% λόγω φυματίωσης.

την Αγγλία η χρόνια βρογχίτιδα είναι ανάμεσα στις πιο σπουδαίες αιτίες θνησιμότητας. Στη Γαλλία αυτή η πάθηση κατέχει την τέταρτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου.

Απο τους υπολογισμένους 50.000 θανάτους οι οποίοι συνέβησαν στην ΗΠΑ μέσα το 1980, τα 70% περίπου αποδόθηκαν στο κάπνισμα και αρκετοί απο τους θάντους αυτούς επήλθαν μετά απο παρατεταμένη αναπνευστική αναπηρία. Ανάλογα με την έκταση της εκθέσεως στον καπνό οι άρνες καπνιστές τσιγάρων παρουσίασαν 4 έως 25 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα απο όσο εμφάνισαν οι μη καπνιστές. Αν και η συχνότητα θανάτου μεταξύ των γυναικών καπνιστριών είναι κάπως μικρότερη απ'όσο μεταξύ των ανδρών καπνιστών ενιόντης αυτή βαίνει αυξανόμενη πολύ πιο γρήγορη στη γυναίκες καπνίστριες παρά στους άνδρες καπνιστές.

Ο αριθμός θανάτων λόγω χρόνιας βρογχίτιδας κάθε χρόνο είναι δύσκολο να καθοριστεί και για το λόγο ότι οι ενδείξεις των πιστοποιητικών θανάτου είναι ανακριβής: πράγματι πολλές φορές οι χρόνιες βρογχίτιδες, που στο τελευταίο στάδιο επιπλέκονται με μια επιρροή της καρδιάς, ταξινομούνται στην ομάδα των παθήσεων της καρδιάς. Η σπουδαιότητα της πάθησης έχει πάντως αποδειχθεί απο το γεγονός ότι το πασοστό θνησιμότητας στους χρόνιους βρογχιτικούς, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας, είναι τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερο.

Όσον αφορά τη νοσηρότητα (δηλαδή τον αριθμό των περιπτώσεων χρόνιας βρογχίτιδας στο γενικό πλυθησμό) η εκτίμηση είναι πιο δύσκολη λόγω της σπανιότητας και της ποικιλίας των πηγών αναφοράς. Στο μεταξύ απο τα μερικά, αλλά σταθερά και αξιοπρόσεκτα στατιστικά δεδομένα, συμπερένεται ότι οι χρόνιες βρογχίτιδες (μαζί με άλλες αναπνευστικές νόσους) καθορίζουν περίπου το ένα όγδοο των συνταξιοδοτούμενων αναπηριών.

β) Παθολογική ανατομία

Η χρόνια βρογχίτιδα συνδέεται με υπερπλασία και υπερτροφία των βλεννογόνων αδένων του υποβλεννογονίου χιτώνα των μεγάλων αεραγωγών, που έχουν χόνδρο. Έτσι, πολλά άτομα εμφανίζουν μορφολογικές αλλοιώσεις των μεγάλων αεραγωγών χωρίς χρόνια βρογχίτιδα. Σημαντικότερες ίσως απο τις ανωμαλίες των μεγάλων αεραγωγών είναι οι αλλοιώσεις, που ανευρίσκονται συχνά στους μικρούς αεραγωγούς που δεν περιέχουν χόνδρο. Χαρακτηριστικά ευρήματα στους μικρούς αεραγωγούς είναι η υπερπλασία των κυπελλοειδών κυττάρων, φλεγμονώδη κύτταρα στο βλεννογόνο και υποβλενογόνιο, οίδημα, περιβρογχική ίνωση, ενδοαυλικά βύσματα βλέννας και αύξηση των λείων μυϊκών ινών. Δεν έχει καθορισθεί η συχνότητα των τελευταίων αυτών ευρημάτων σε σχέση προς την εν ζωή κλινική και λειτουργική κατάσταση. Όμως σε μελέτες μετά θάνατον πνευμόνων απο ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αποδείχθηκε, ότι η απόφραξη εντοπίζεται κυρίως στους μικρούς αεραγωγούς.

γ) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου με χρόνια βρογχίτιδα.

1. Ιστορικό υγείας

2. Φυσική εκτίμηση

α) Ορατή μείωση έκπτυξης του θώρακα

β) Διάσπαρτοι υγροί ρόγχοι με ακρόαση πάνω απο τις πάσχουσες περιοχές.

γ) Δύσπνοια. Επίμονος βήχας. Πτύελα: αρχικά δεν υπάρχουν αλλά καθώς το πρόβλημα γίνεται χρόνια, η απόχρεμψη αυξάνεται και τα πτύελα γίνονται παχύρρευστα.

δ) Μπορεί να παρατηρηθεί πληκτροδακτυλία.

ε) Ο άρρωστος μπορεί να είναι αδύνατος και χλωμός, να κου-

ράζεται εύκολα και μπορεί να υπάρχει κυάνωση στα χείλη και στα νύχια.

δ) Αιτίες

Καπνός και χρόνιας βρογχίτιδα

Εάν το κάπνισμα ενός τσιγάρου στις επόμενες ώρες αφήνει κάποιες φευγαλέες και ασταθείς διαταράξεις, ο κανονικός καπνός αντίθετα παρουσιάζει σημαντικές διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές, στο επίπεδο των βρόγχων, συνίσταται σε φλεγμονώδεις αλλοιώσεις (με ερεθιστικό μηχανισμό που οφείλεται στις χημικές ουσίες που απελευθερώνονται από τον καπνό), που καταστρέφουν την ακεραιότητα, όχι μόνο της βρογχικής δομής στο σύνολό της αλλά και στα επιμέρους τμήματά της (π.χ. κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό τοίχωμα των βρόγχων).

Όσον αφορά τις άλλες βλάβες που προκαλεί ο καπνός, είναι γνωστή η βρογχοσυσταλτική του δράση (οι βρόγχοι μειώνουν τη διάμετρό τους, τείνουν να κλείσουν) και την υπερεκκριτική τους δράση (αύξηση της παραγωγής βλέννης εκ μέρους των βρογχικών αδένων).

Εξάλλου ο καπνός προκαλεί στον άνθρωπο αλλοίωση των μηχανισμών άμυνας των βρόγχων έναντι των προσβολών και των μολύνσεων: πράγματι από τον καπνό βλάπτονται οι μακροφάγοι (κύτταρα άμυνας που καταστρέφουν μικρόβια) και τα παλλόμενα τριχίδια τα οποία με τη σύγχρονη και κυματική κίνησή τους μεταφέρουν στο εξωτερικό των αεραγωγών οδών, με ένα στρώμα βλέννης, τις καπνεόμενες ουσίες, και μ'αυτό τον τρόπο αποτελούν ένα μέσο άμυνας του αναπνευστικού δένδρου. Και άτομα τα οποία δεν έχουν βήχα ή καταρροή στις εξετάσεις πνευμονικής λειτουργικότητας, εμ-

φανίζονται με μειωμένη, την αναπνευστική ικανότητα. Οι βλάβες απο τον καπνό πάντως είναι δεκτές απο όλους τους μελετητές: μερικοί μάλιστα θεωρούν ότι στο 60% των περιπτώσεων ο καπνός είναι η κύρια αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας.

Ανάμεσα στις πιο βλαβερές ουσίες που απελευθερώνει ο καπνός αναφέρουμε: αρωματικά οξείδια του άνθρακα, πίσσα, νικοτίνη, τοξικά αέρια, εντομοκτόνα (που χρησιμοποιούνται απο τους καλλιεργητές καπνού) νικέλιο κάδμιο, διάφορα πρόσθετα (για την βελτίωση των οργανοξυτικών ιδιοτήτων).

Η χρήση της πίπας και του πούρου είναι λιγότερο βλαβερή απο το τσιγάρο: αυτό πιθανών να εξαρτάται απο το γεγονός ότι οι καπνιστές πούρου και πίπας εισπνέουν λιγότερο καπνό. Πάντως όσον αφορά την εισπνοή του καπνού ενώ για τους μέτριους καπνιστές (κάτω απο 15 τσιγάρα την ημέρα) έχει παρατηρηθεί για μικρότερη εμφάνιση βλαβών των βρόγχων με την μη εισπνοή καπνού, αντίθετα στους τακτικούς καπνιστές (πάνω απο 15 τσιγάρα) ο καπνός, αν και δεν εισπνέεται, άσχετα απο τη διαδομένη γνώμη, προκαλεί το ίδιο σοβαρές βρογχικές βλάβες.

Αλκοολισμός:

Συχνά συνοδευόμενος απο κάπνισμα φαίνεται να παίζει έναν αρκετά σπουδαίο ρόλο στον καθορισμό της χρ.βρογχίτιδας, κυρίως γιατί οι ατμοί του αλκοόλ διαθέτουν μια ερεθιστική δράση κυρίως για τους πιο μικρούς βρόγχους.

Φύλο: Η υπεροχή της χρ.βρογχίτιδας στον άνδρα σε σχέση με τη γυναίκα είναι γνωστή απο καιρό. Μάλιστα πριν αρκετά χρόνια υπήρχε μια σχέση 9 προς 1 μεταξύ ανδρών και γυναικών. Σήμερα η διαφορά υπερ του άνδρα υπάρχει ακόμα αλλά όχι με την παραπάνω αναλογία. Η μείωση αυτής της

διαφοράς τα τελευταία χρόνια, εξαρτάται από το γεγονός ότι οι γυναίκες καπνίζουν περισσότερο από όσο πριν μερικά χρόνια. Επομένως και οι γυναίκες έχουν την ίδια πιθανότητα με τους άνδρες να γίνουν χρόνια βρογχιτικές. Στις χώρες όπου οι γυναίκες που καπνίζουν είναι πολλές (π.χ. Σκανδιναβικές χώρες) το ποσοστό της γυναικείας χρ.βρογχίτιδας πλησιάζει εκείνο της ανδρικής.

ε) Προβλήματα του αρρώστου

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία: επίμονος βήχας με σπασμούς παραγωγή βλεννώδων, πυκνών πτυέλων, μειωμένη θωρακική έκπτυξη, δύσπνοια.
2. Δυσχέρεια, μεταβολή στην άνεση.
3. Πύρετός κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

στ) Συμπτώματα Χρ.Βρογχίτιδας

Τα συμπτώματα της χρ.βρογχίτιδας που είναι αρκετά για να αναγνωρίσουμε την πάθηση είναι ο βήχας και η απόχρεψη.

Τον πρώτο καιρό αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται μόνο για λίγη ώρα της ημέρας (π.χ. το πρωί) μετά γίνονται πιο επίμονα και εκνευριστικά. Η απόχρεψη, στην αρχή κυρίως βλενώδης (δηλαδή καθαρή και υγρή, όπως παράγεται από τους βρογχικούς αδένες), γίνεται στη συνέχεια πιο πυώδης, και όταν είναι έντονη, λαμβάνει το χαρακτήρα μιας καθαρής και ακριβούς βρογχόρροιας (αποβολή πύου). Μερικές φορές η απόχρεψη είναι αιματώδης.

Φυσιολογικά οι βρογχικοί αδένες παράγουν κάθε μέρα μια ποσότητα βλέννας που μετακινείται από κάτω προς τα άνω με την κίνηση των τριχιδίων που υπάρχουν στην εσωτερική επιφάνεια των βρόγχων. Έτσι σχηματίζεται μια υγρή λουρίδα σε συνεχή κίνηση, όπως ένα "TAPIS ROULANT" ή

σαν μία κινούμενη σκάλα, που έχει μια καθορισμένη λειτουργία άμυνας γιατί κατακρατεί και διώχνει προς το εξωτερικό τις σκόνες και τις ξένες ουσίες που εισπνευθηκαν.

Στη χρ.βρογχίτιδα, λόγω των αλλοιώσεων της κινητικότητας των παλλόμενων τριχιδίων, επιβραδύνεται η κίνηση της υγρής λουρίδας και ένα τμήμα της παραγόμενης βλέννας λιμνάζει.

Εξάλου στη χρ.βρογχίτιδα αλλοιώνεται η μορφή του κυττάρου, με λέπτυνση των μικροϊδινίων που τον αποτελούν, και η σύνθεσή του με μείωση των αμυντικών ουσιών (μεταξύ τους το λυσόζυμο, που είναι αντιμικροβιακό, και αντισώματα που δεν παράγονται στο αίμα αλλά στους ίδιους τους βρόγχους ενάντια σε βακτηρίδια και ξένες ουσίες).

Εκτός απο το βήχα και την απόχρεμψη, συχνά, άλλο σύμπτωμα είναι ο πυρετός υπο μορφή δεκάτων, λίγης ή μεγάλης διάρκειας με έντονους παροξυσμούς που υπογραμμίζουν τις τρέχουσες επαναμολύνσεις. Η δύσπνοια, πρώτα ελαφριά και σε εμφάνιση μόνο μετά απο κάποια δραστηριότητα, γίνεται το κύριο σύμπτωμα όταν η χρόνια βρογχίτιδα επιδεινώνεται και πλήτονται και οι πιο μικροί βρόγχοι (βρογχίδια),

Αντίθετα ο βήχας και η απόχρεμψη είναι παρούσα απο την αρχή μέχρι το τέλος της πάθησης και επομένως συνοδεύονται απο τη δύσπνοια, τη στιγμή και επιρροή των βρογχιδίων. Ο βήχας, σχεδόν πάντα ενοχλητικός και συνεχής παρουσιάζει πολύ τυπικές εξάρσεις το πρωί, την ώρα της αφύπνισης ή με την ευκαιρία του πρώτου τσιγάρου. Η απόχρεμψη πολλές φορές είναι άφθονη, και μπορεί να φθάσει και στην ποσότητα των 100-200 CM³ την ημέρα, στις πιο σοβαρές μορφές.

Η δύσπνοια παρουσιάζει μια επιδείνωση όταν στη τελευ-

ταίες περιόδους επηρεάζεται και η καρδιά. Στις πιο σοβαρές και προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζουσας και εντείνοντας ή κνάνωση και η υπερκαπνία. Η υπερκαπνία (αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα, όταν η αναπνοή είναι τόσο λίγο επαρκής, ώστε να μην είναι σε θέση να το διώξει απο το αίμα προς τα έξω) χαρακτηρίζεται απο διάφορα συμπτώματα, όπως πονοκέφαλο, ζαλάδες, εφίδρωση, αποπροσανατολισμό, που συνδέονται με αλλοιώσεις του κεντρικού νευτικού συστήματος, οι οποίες παράγονται απο τη μεγαλύτερη ποσότητα διοξειδίου του άνθρακα που βρίσκεται στην κυκλοφορία.

ζ) Νοσηλευτική αντιμετώπιση

- Εξασφάλιση ήρεμου, μη ερεθιστικού περιβάλλοντος
- Προαγωγή προγράμματος ανάπαυσης-δραστηριότητας
- Οξυγονοθεραπεία (αν είναι ανάγκη)
- χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, βλεννολυτικών και προφυλακτικά αντιβιοτικών.
- Συχνή υγιεινή στόματος
- Εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα
- Παστίλιες με τοπικό αναισθητικό
- Υγρά και δίαιτα ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- Διδασκαλία για:
 - α) Φάρμακα-δόση, ανεπιθύμητες ενέργειες
 - β) Δίαιτα: πλήρη, διατήρηση ιδεώδους βάρους
 - γ) εναλλαγή ανάπαυσης, δραστηριότητας για διατήρηση της αντίδρασης σε άλλες μολύνσεις.
 - δ) Πρόληψη μολύνσεως του αναπνευστικού.
 - ε) Αποφυγή έκθεσης σε μολυσμένη ατμόσφαιρα και ερεθιστικά
- Συμβουλές που αφορούν τη διακοπή του καπνίσματος
- Μετέπειτα παρακολούθηση.

η) Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα
2. Αρνητική απόκριση-επιπλοκές
 - α) Βρογχοπνευμονία
 - β) Πνευμονική καρδιά
 - γ) Χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος
 - δ) Αναπνευστική ανεπάρκεια.

θ) Διάγνωση

Η χρήση βρογχίτιδα ανακαλύπτεται κυρίως, σε ένα άτομο απο την παρουσία ή μη βήχα, απο την παρουσία απόχρεμψης και των χαρακτηριστικών της, απο την πιθανή εμφάνιση δύσπνοιας μετά απο δραστηριότητα ή στην ανάπαυση, απο τις συνθήκες του (καπνός), απο τις συνθήκες του χώρου που ζει κλπ.

Για την ανακάλυψη της χρόνιας βρογχίτιδας χρησιμεύουν και οι ακτινογραφίες θώρακος, που όμως στην αρχή της πάθησης δείχνουν μια εικόνα φυσιολογική.

Οι εξετάσεις αναπνευστικής λειτουργικότητας μπορεί να βοηθήσουν στην εξακρίβωση μίας χρόνιας βρογχίτιδας, ακόμα και στο αρχικό στάδιο ή στην πρόωρη φάση.

Όταν υπάρχουν αμφιβολίες για τη χρ.βρογχίτιδα ανατρέχουμε στην βρογχοσκοπία, η οποία συνίσταται στο απευθείας ή έμμεσο κοίταγμα των πιο χονδρών βρόγχων, με την εισαγωγή διαμέσου του στόματος ενός οπτικού φωτεινού σωλήνα στο εσωτερικό του βρογχικού δώδρου. Έτσι, μπορούμε να δούμε τις πιθανές αλλοιώσεις που έχουν προκληθεί απο τη χρ.βρογχίτιδα. Πολλές φορές, με το σκοπό της επιβεβαίωσης της χρ.βρογχίτιδας μπορούμε να εφαρμόσουμε τη βρογχογραφία με με την εισαγωγή αδιαφάνειας στο βρογχικό δένδρο, που επιτρέπει να λάβουμε έντυπες τις εικόνες των βρόγχων απο τα

πλέον χονδρά τμήματα έως τις πιο περιφερειακές άκρες.

ι) Επιπλοκές

Η χρ.βρογχίτιδα σε προχωρημένα στάδια, επηρεάζει και άλλα όργανα εκτός απο το αναπνευστικό σύστημα και την καρδιά.

Λόγω της υποξυγοναιμίας (έλλειψη οξυγόνου στο αρτηριακό σώμα) και της υπερκαπνίας (αύξηση ποσότητας διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα) προκαλεί βλαβερές επιδράσεις όπως στο νεφρό υπάρχει μια μείωση του αίματος: αυτό συμβαίνει λόγω ενός μηχανισμού αντιστάθμισης γιατί το μέρος του αίματος που δεν φθάνει στο νεφρό, τίθεται στη διάθεση άλλων οργάνων. Το νεφρό δεν επηρεάζεται απο πλευράς θρέψης, αντίθετα επηρεάζεται η διηθητική λειτουργία του.

Άλλα όργανα είναι το συκώτι που είναι ανθεκτικό στην έλλειψη οξυγόνου. Κατά την κλινική παρατήρηση η ηπατική επιρροή είναι φτωχή σε συμπτώματα αλλά απο δοκιμή ηπατική λειτουργίας αποδείχθηκε η ύπαρξη διαφόρων βαθμών λειτουργικών διαταραχών του ήπατος.

Όσον αφορά το στομάχι εκκρίνει μεγαλύτερη ποσότητα γαστρικού υγρού με αύξηση της οξύτητάς του. Έτσι εμφανίζεται γαστρική πύρωση, και όταν αυξάνει η οξύτητα μπορεί να πειραχθεί απο γαστρικά έλκη.

Και σε βάρος του εγκεφάλου μπορεί να υπάρχουν αντανακλάσεις με υπνηλία, κώμα, τρεμούλες, αλλοιώσεις του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.

Τα υπινεφρίδια ανάλογα με τη σοβαρότητα της χρ.βρογχίτιδας μπορεί να εμφανίσουν μια ανεπάρκεια.

Απο ορισμένους μελετητές αναφέρεται ότι στους χρόνιους

βρογχιτικούς υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα πόνων στους ώμους χωρίς ακτινογραφικές αλλοιώσεις.

ια) Θεραπεία

Όσον αφορά τη θεραπεία της χρόνιας βρογχίτιδας, είναι σπουδαίο να εξαλείψουμε τρεις πηγές βρογχικού ερεθισμού ή επιδείνωσης και βρογχίτιδας, δηλαδή το κάπνισμα το αλκοόλ και η παχυσαρκία.

Στους χρ.βρογχιτικούς συνιστώνται τα ξηρά, ορεινά και πεδινά. Οι χρ.βρογχιτικοί μπορούν να ωφεληθούν και από τα θειούχα νερά, τα οποία εκτός από τη γονική δράση έχουν ωφέλιμες τοπικές επιρροές στο βρογχικό σύστημα.

Η απλή εισπνοή αιμών θειούχου ύδατος φέρνει το νερό μέχρι το επίπεδο και τραχείας, γι' αυτό είναι καλύτερη η χρήση αεροζόλ αυτών των υδάτων. Η θεραπεία των θειούχων υδάτων πρέπει να εφαρμόζεται μακριά από τις οξείες περιόδους της πάθησης, γιατί σ' αυτές τις περιόδους μπορεί να υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσης της ίδιας της πάθησης.

Και η αναπνευστική γυμναστική μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους χρ.βρογχιτικούς. Εξάλλου, μεταξύ των φαρμάκων αναφέρουμε τα αντιβιοτικά (για τις επαναλαμβανόμενες μολύνσεις), τα ευρέος φάσματος και αντιγριπικά εμβόλια τα φάρμακα που διευκολύνουν την υγροποίηση και αποβολή της καταρροής, τα βρογχοδιασταλτικά.

Η θεραπεία ακολουθεί και την εποπτεία του γιατρού.

ιβ) Πρόληψη

Τα τελευταία και στα πλαίσια και προσπάθειες πρόληψης της χρ.βρογχίτιδας στην αρχή της (όταν ακόμη θεραπεύεται

με καλά αποτελέσματα) συμπληρώνονται ερωτηματολόγια, σε στρώματα πληθυσμού με συμπτώματα χρ.βρογχίτιδας.

Και οι εξετάσεις αναπνευστικής λειτουργικότητας μπορεί να βοηθήσουν στην εξακρίβωση μιας χρ.βρογχίτιδας, ακόμα και στο αρχικό στάδιο, γεγονός μεγάλης σπουδαιότητας για την προληπτική ιατρική.

Μελέτες έδειξαν ότι η τακτική μέτρηση του όγκου βίαιης εκπνοής σε μεσήλικες μπορεί να αποκαλύψει άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης χρ.βρογχίτιδας.

2.5. Πνευμονικό Εμφύσημα

A. ΓΕΝΙΚΑ

Εμφύσημα είναι η μόνιμη διάταση των πνευμονικών κυψελίδων και μάλιστα η μόνιμη εισπνευστική διάταση λόγω αδυναμίας του πνεύμονα να επανέλθει εις την εκπνοή. Είναι μια πάθηση στην οποία υπάρχει αύξηση του περιεχομένου σε αέρα στους πνεύμονες, στο τελευταίο τμήμα του αναπνευστικού δένδρου, δηλαδή μετά τα αναπνευστικά βρογχίδια όπου αυτά περνούν στη κοιλότητα των κυψελίδων.

Πλην της διάτασης των κυψελίδων υπάρχει και απώλεια της ελαστικότητας των πνευμόνων λόγω ατροφίας των ελαστικών ινών και ρήξη των τριχοειδών, ώστε τελικά οι κυψελίδες ενόνοονται μεταξύ τους και είναι δυνατόν να σχηματίσουν και κύστες.

Το πνευμονικό εμφύσημα μπορεί να πλήξει όλο τον πνεύμονα, κυρίως στις πρωτογενείς μορφές (που δεν προκαλούνται απευθείας από μια σίγουρη αιτία) υπάρχουν όμως μορφές εμφυσήματος εντοπισμένες και όχι διάχυτες σε όλον τον πνεύμονα που γενικά είναι δευτερογενείς (δηλαδή οι αιτίες τους είναι παθήσεις ή άλλοι συγκεκριμένοι παράγοντες).

Μεταξύ των διάχυτων και πρωτογενών εμφυσημάτων διαχωρίζουμε διαφόρους τύπους εμφυσήματος που είναι:

Βασικό εμφύσημα: δεν υπάρχουν εμφανείς αναγνωρισμένες αιτίες που μπορούν να το προκαλέσουν, γι' αυτό ονομάζεται έτσι. Είναι πιθανή και η κληρονομηκότητα της πάθησης. Αυτός ο τύπος προσβάλλει άτομα και νεαρής ηλικίας και παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες.

Δευτερογενή εμφυσηματα: πλήττουν ορισμένα τμήματα του πνεύμονα π.χ. το εμφύσημα που προκαλείται από επούλωση προηγούμενης φυματίωσης, το εμφύση που προκαλείται από

εισπνοή σκόνης διοξειδίου του σιλικίου) και το εμφύσημα που προκαλείται απο ανθράκωση (επαγγελματική πάθηση που προκαλείται απο την εναπόθεση σκόνης άνθρακα στο αναπνευστικό δένδρο).

Γεροντικό εμφύσημα: Χαρακτηρίζεται απο μία αυξημένη ευρύτητα των κοιλοτήτων των κυψελίδων χωρίς ρήξη των τοιχωμάτων τους. Πράγματι προκαλείται απο αλλοιώσεις της θωρακικής κοιλότητας και του πνεύμονα που φυσιολογικά επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου.

Αναπληρωματικό εμφύσημα: δεν είναι πάθηση (γιατί δεν υπάρχει ρήξη των τοιχωμάτων των κυψελίδων) συνίσταται δε μια υπερεξάπλωση των κυψελίδων σε μερικές πνευμονικές ζώνες που δεν αναπνεύουν για διάφορες αιτίες. (πνευμονία, χειρουργική αφαίρεση).

Χρόνιο εμφρακτικό εμφύσημα: είναι ο πιο συχνός τύπος εμφύσηματος και γενικά συνοδεύεται απο χρόνια βρογχίτιδα.

Ονομάζεται χρόνιο γιατί όταν εμφανισθεί δε θεραπεύεται και εκτός αυτού με συχνές εξελικτικές επιδεινώσεις συνοδεύει στα υπόλοιπα χρόνια του πάσχοντα.

Ονομάζεται εμφρακτικό γιατί πολύ συχνά συνοδεύεται απο σημάδια έμφραξης (μείωση της διαμέτρου) των μεγάλων και μικρών βρογχικών οδών, που οφείλεται είτε σε αναπνευστικές μολύνσεις που αυξάνουν την ποσότητα της καταρροής, η οποία βρίσκεται σ'αυτούς (γίνεται έτσι εμπόδιο στο πέρασμα του αέρα), είτε στο γεγονός ότι οι βρόγχοι μπορεί να μειώσουν τη διάμετρό τους λόγω φλόγωσης ή μείωσης της ελαστικότητας του εμφυσηματικού πνεύμονα.

Β. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου με πνευμονικό

εμφύσημα

1. Ιστορικό υγείας

- α. Επάγγελμα
- β. Διαιτητικές συνήθειες
- γ. Άλλες συνήθειες χρήση αλκοόλ-κάπνισμα

2. Φυσική εξέταση

- α. Η εξέταση θώρακα θα δείξει
 - 1) Ασθενείς αναπνευστικούς ήχους
 - 2) Επιπόλαιες, συχνές αναπνοές
 - 3) Μουσικούς ρόγχους
 - 4) Παρατεταμένη εκπνοή
 - 5) Παραγωγικό βήχα
- β. Γενική όψη (κουρασμένος-σουρωμένα χείλη κατά την εκπνοή).

Γ. ΑΙΤΙΑ

Ανάμεσα στις αιτίες του χρόνιου εμφρακτικού πνευμονικού εμφυσήματος μεγάλη σπουδαιότητα δίνεται στο κάπνισμα όπου οι πνευμονικοί θύλακες διογκώνονται εξαιτίας της χρόνιας παρεμπόδισης των βρογχολίων. Στις ΗΠΑ το εμφύσημα σκοτώνει πάνω από 20.000 ανθρώπους κάθε χρόνο.

Ο καπνός δρα όχι μόνο ευνοώντας τη χρόνια βρογχίτιδα αλλά και αναπνεύσει χημικές ουσίες που προκαλούν μείωση της επιφανειοδραστικής ουσίας των κυψελίδων, μιας χημικής ουσίας που περιτυλίγει τα τοιχώματα των κομελίδων και που είναι αναγκαία για τη φυσιολογική τους διεύρυνση. Εκτός αυτού ο καπνός περιέχει και μονοξείδιο του άνθρακα (CO) αέριο που αφαιρεί οξυγόνο από το αίμα και επιδεινώνει

την αναπνευστική δυσκολία (το μονοξειδίο του άνθρακα αναπνεύεται σε ποσοστά 6% απο τα πούρα 4% απο την πίπα και 1% απο το τσιγάρο. Άλλα αίτια εμφύσηματος είναι το επάγγελμα (εργάτες που εκτίθενται στην εισπνοή καδμίου, διοξειδίο του θείου (SO₂) τριοξειδίο του αλουμινίου (AL₂O₃) όμως δεν πλήτονται μόνο οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε καθορισμένες ερεθιστικές ουσίες αλλά τα απόβλητα των εγκαταστάσεων θέρμανσης των κατοικιών, τα βιομηχανικά απόβλητα και τα καυσαέρια αυτοκινήτων, απελευθερώνουν καπνούς πλούσιους σε ουσίες που ερεθίζουν το αναπνευστικό σύστημα.

Ένα άλλο αίτιο είναι το κλίμα (δυρρό και κυρίως υγρό) όπου ευνοεί το εμφύσημα. Μερικοί μελετητές δίνουν σπουδαιότητα και σε ενδοκρινολογικές αιτίες (αδενικές).

Δ. Συμπτώματα-Διάγνωση

Το εμφύσημα εκδηλώνεται με δύσπνοια (δυσκολία αναπνοής) κατά την ανάπνευση και μετά απο καταπονήσεις, βήχα και εξαγωγή φλεμάτων (κυρίως στις περιπτώσεις εμφύσηματος που συνοδεύεται απο χρόνια βρογχίτιδα).

Στο εμφύσημα μπορεί να έχουμε αδυνάτισμα και σωματική κόπωση (ατονία), ο θώρακας είναι δικυρυσμένος.

Η δύσπνοια που την αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο, σήμερα μπορεί να μετρηθεί με εξετάσεις που ονομάζονται "αναπνευστικής λειτουργικότητας" και συνίστανται στο να κάνουμε το άτομο να αναπνεύσει διαμέσου ενός σωλήνα σε ένα μετρητικό όργανο, που ονομάζεται σπιρόμετρο.

Ε. Προβλήματα του αρρώστου

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία με αποτέλεσμα: υπερκαπνία, υποξαιμία, υποξία, διαταραχές στο νερό, στην οξεοβασική ισορροπία.
2. Δύσπνοια, βήχας, απόχρεμψη: κόπωση, κακή γεύση, ανορεξία (και εξαιτίας της υποξίας).
3. Κακή λειτουργία του εντέρου
4. Κακή λειτουργία του εγκεφάλου εξαιτίας της υποξίας
5. Μείωση δραστηριοτήτων.

ΣΤ. Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

- α) Βελτίωση αερισμού
- β) Προαγωγή αποβολής εκκρίσεων
- γ) Μείωση αναπνευστικού έργου
- δ) Σχεδιασμός προγράμματος δραστηριότητας και ανάπαυσης
- ε) Πρόληψη επιπλοκών
- στ) Εξασφάλιση επαρκούς δίαιτας που δεν κουράζει τον άρρωστο
- ζ) έλεγχος βήχα.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α) Απεναισθητοποίηση απο γνωστά αλλεργιογόνα
- β) Διατήρηση υπάρχουσας πνευμονικής λειτουργικότητας και πρόληψη επιπρόσθετων μη ανατάξιμων μεταβολών.
- γ) Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας για φάρμακα, βρογχιική παροχέτευση, αναπνευστικές ασκήσεις, αποτελεσματικό βήχα, επίπεδο δραστηριότητας, κάπνισμα.
- δ) Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας για έκθεση σε μολυσμένα ατμόσφαιρα και σε ερεθιστικές ουσίες.

- ε) Βοήθεια του αρρώστου να ευαισθητοποιηθεί σε παράγοντες που προκαλούν βρογχόσπασμο.
- στ) Συμβουλές για τρόπους διαπραγμάτευσης με τη χρόνια νόσο.
- ζ) Βοήθεια του αρρώστου να διαπιστώνει σημεία αναπνευστικής λοίμωξης και επιπλοκών και των σωστών ενεργειών του όταν συμβούν.

ζ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση

- Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου με χαμηλό ρυθμό ροής
- Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών με ομιχλοποιητή ή IPPB μέσα απο μάσκα VENTURI
- Αναρρόφηση για αφαίρεση ακκρίσεων
- Ενυδάτωση για ρευστοποίηση των εκκρίσεων και αναπλήρωση υγρών
- Δίαιτα υγρή και μαλακή σε μικρές ποσότητες, 4 ως 5 φορές τη μέρα
- Διδασκαλία αρρώστου για τον τρόπο βρογχικής παροχέτευσης και βοήθειά του με πλήξεις και δονήσεις.
- Χορήγηση υπακτικών και ενυδάτωση αρρώστου για διευκόλυνση κενώσεων.
- Χορήγηση βελνολυτικών και αποχρεμπτικών
- Υγιεινή στόματος
- Εξασφάλιση προγράμματος δραστηριοτήτων και ανάπαυσης για εκτίμηση επιπέδων ανοχής.
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και αερίων αρτηριακού αίματος.
- Συζήτηση για θέμα καπνίσματος
- Διδασκαλία για:
 - α) Φαρμακα: δόση-ανεπιθύμητες ενέργειες

- β) Δίαιτα
- γ) Μείωση έκθεσης σε σκόνη και καπνούς
- δ) Αποτελεσματικό βήχα και βαθιές αναπνοές
- Εκτίμηση αποκρίσεων στις παρεμβάσεις
- Παρακολούθηση.

Η. Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία ή νοσηλευτική φροντίδα
2. Αρνητική απόκριση-επιπλοκές
 - α) Πνευμοθώρακας
 - β) Πνευμονία
 - γ) Αναπνευστική ανεπάρκεια
 - δ) Αναπνευστική οξείωση
3. Χειρουργική παρέμβαση (πνευμονεκτομή)
4. Μετέπειτα παρακολούθηση και επαναξιολόγηση.

Στη φανέρωση του εμφυσήματος χρησιμεύει και η ακτινογραφία θώρακος, η οποία δείχνει την αύξηση του περιεχόμενου αέρα των πνευμόνων. Φυσικά η κλινική εξέταση εκ μέρους του γιατρού διατηρεί τη σπουδαιότητα της.

Στη πιο σοβαρές μορφές εμφυσήματος κυρίως εκείνες που συνοδεύονται από χρ.βρογχίτιδα το άτομο μπορεί να παρουσιάσει κατάσταση κυάνωσης (του δέρματος και των βλεννογόνων που οφείλεται σε μείωση οξυγόνου στο αίμα).

Μερικές φορές τα άτομα αυτά παρουσιάζουν στα δάχτυλα των χεριών το μεγαλύτερο μήκος στη τελευταίες φάλαγγες σε σχέση με το υπόλοιπο του δακτύλου, λόγω λειωμένης οξυγόνωσης του αίματος.

Στις πιο σοβαρές μορφές πραγματοποιούνται εξετάσεις στο αίμα που επιτρέπουν τη μέτρηση της ποσότητας και της πίεσης του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα και επο-

μένος το βαθμό σοβαρότητας της πάθησης.

Θ. Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που μπορούν να επιδεινώσουν το εμφύσημα στην ανάπτυξή του, που γενικά είναι προοδευτική (επιδιδνωτική) είναι πολλές.

Μια από τις πιο σοβαρές είναι ο πνευμονοθώρακας που μπορεί να προκληθεί από το σπάσιμο μιας εμφυσηματικής φυσαλίδας αέρα που ρήγνυται στα πλευρά με επιδείνωση της αναπνοής.

Άλλες επιπλοκές είναι οι βρογχικές μολύνσεις και βακτηριακές ή πνευμονικές λόγω ιών.

Η πιο συχνή επιπλοκή αντιπροσωπεύεται από την εγκατάσταση μίας χρόνιας καρδιοπάθειας που ονομάζεται "χρόνια πνευμονική καρδιά" που δημιουργείται από πολλά χρόνια εμφύσηματα. Λέγεται πνευμονική γιατί προκαλείται από πνευμονική αιτία (εμφύσημα) και χρόνια γιατί εγκαθίσταται σιγά-σιγά καταλίγοντας να γίνει μη θεραπεύσιμη. Ο ασθενής μπορεί να έχει κι άλλες ενοχλήσεις όπως οιδήματα κυρίως στα κάτω άκρα, ηπατομεγαλία.

Ι. Θεραπεία

Η θεραπεία του εμφυσήματος όπως και των άλλων παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος και όλων των οργάνων γίνεται κάτω από ιατρική παρακολούθηση αυτό είναι απαραίτητο γιατί κάθε άτομο έχει ατομικά χαρακτηριστικά και λεπτομέρειες στην πάθησή του, τέτοιες ώστε ένα φάρμακο χρήσιμο στους άλλους μπορεί να είναι βλαβερό γι' αυτόν.

Η σύγχρονη θεραπεία του πνευμονικού εμφυσήματος είναι

η αναπνευστική γυμναστική που έχει σκοπό να διδάξει τους ασθενείς πως πρέπει να αποχρέμπτοται και πως να αναπνέουν με μεγαλύτερη επάρκεια για την αποβολή των πινέλων ως και τη χρησιμοποίηση μηχανημάτων (αναπνευστήρων) για τη χορήγηση οξυγόνου υπο αυξημένη πίεση κατά την εισπνοή στις πιο σοβαρές μορφές όταν υπεισέρχεται και καρδιακή επιπλοκή όπου χρησιμοποιούνται και καρδιοτονωτικά φάρμακα.

Η θεραπεία του εμφυσήματος περιλαμβάνει το σταμάτημα του καπνίσματος και ειδικά του τσιγάρου. Ακόμη πρέπει να δοθεί προσοχή στους κινδύνους ορισμένων επαγγελματών στην αιμοσφαιρική ρύπανση και στις κλιματολογικές συνθήκες φυσικά αν είναι δυνατόν.

Φάρμακα τα οποία χορηγούμε για το εμφύσημα είναι βρογχοδιασταλτικά φάρμακα επι υπάρξεως σπασμού των βρόγχων (διαστέλουν στους βρόγχους). Για την καταπολέμηση των βρογχικών μολύνσεων είναι χρήσιμα τα αντιβιοτικά και τα βλεννολυτικά (φάρμακα που κάνουν πιο υγρή την καταρροή και διευκολύνουν την εξαγωγή του με τα πινέλα).

Υπάρχει και η χειρουργική θεραπεία του πνευμονικού εμφυσήματος όπου συνίσταται η αφαίρεση μεγάλων εμφυσηματωδών κύστεων.

Ια. Πρόληψη

Ενδεικνυται σε όλες τις περιπτώσεις το σταμάτημα του καπνίσματος και ειδικά του τσιγάρου.

Εξετάσεις που είναι χρήσιμες στην προληπτική ιατρική είναι τα τέστ αναπνευστικής λειτουργικότητας (σπιρόμετρο). Αυτά τα τέστ (που γίνονται απλά χωρίς ενόχληση του ατόμου) έχουν σπουδαιότητα, γιατί εκτός το ότι δίνουν

το σωστό μέτρο της δυσκολίας αναπνοής εκείνων που εξετάζονται, μπορούν να αναδείξουν μια ανεπάρκεια και αναπνοή σε άτομα που ακόμα δεν έχουν υποκειμενικά αντιληφθεί.

2.6. ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ο συχνότερος προάγγελος οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας είναι η αύξηση του όγκου, του ιξώδους και/ή του πύου των εκκρίσεων, πιθανώς λόγω λοιμώξεως του τραχειοβρογχικού δένδρου. Η αύξηση της αποφράξεως των αεραγωγών λόγω φλεγμονής τους και παρουσίας εκκρίσεων, ιδίως επι σχετικά μειωμένης διεγέρσεως του αερισμού, προκαλεί επιδείνωση της υποξίας και της κατακρατήσεως CO₂. Η ανησυχία, η αϋπνια και η αυξανόμενη δύσπνοια στην επικείμενη αναπνευστική ανεπάρκεια αντιμετωπίζονται κάποτε εσφαλμένα με ηρεμιστικά ή ναρκωτικά, τα οποία επίσης μπορεί να εκλύσουν έκδηλη αναπνευστική ανεπάρκεια. Πράγματι τέτοια κατασταλτικά φάρμακα, που μειώνουν τη διέγερση της αναπνοής, πρέπει να αποφεύγονται πάντοτε επι σοβαρής χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Η έντονη αύξηση της αερορρυπάνσεως μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια και οι ιατροί, που επιβλέπουν ασθενείς με σοβαρή βρογχίτιδα και εμφύσημα πρέπει να ενημερώνονται για τις περιβαλλοντικές αυτές μεταβολές.

Εκλυτικά αίτια της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας μπορεί κάποτε να αποτελέσουν η πνευμονία, η πνευμονική εμβολή, η αριστερή καρδιακή κάμψη και ο πνευμοθώρακας. Είναι εξαιρετικά δύσκολη η ανίχνευση αυτών, εκτός αν αναζητηθούν ειδικά. Πρέπει να γίνεται τουλάχιστον ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και εξέταση πτυελων, εκτός απο τον προσδιορισμά των αερίων του αίματος σε όλους τους ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια.

Β. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.

- α) Υποξαιμία
- β) Υπερκαπνία
- γ) Αναπνευστική οξέωση
- δ) Ανησυχία
- ε) Πονοκέφαλος
- στ) Επιπόλαιες συχνές αναπνοές

Γ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν και μπορεί να υπάρχουν ισχυρές κλινικές ενδείξεις η διάγνωση της οξείας αναπνευστικής, ανεπάρκειας επι χρόνιας αποφράξεως των αεραγωγών βασίζεται στον προσδιορισμό των αερίων του αρτηριακού αίματος και του ΡΗ, που πρέπει να εκτιμώνται βάσει της χρόνιας καταστάσεως του ασθενούς. Επειδή πολλοί ασθενείς εμφανίζουν χρονίως μειωμένη ΡαΟ₂ και αυξημένη ΡαСО₂ η διάγνωση στηρίζεται στο βαθμό της αποκλίσεως από τη συνήθη κατάσταση του συγκεκριμένου ασθενούς. Όσον αφορά την οξυγόνωση, η οξεία πτώση της ΡαΟ₂ από τις συνήθεις τιμές της των 70 MMHG στα 60 MMHG είναι εξίσου ενδεικτική οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας όσο και η οξεία μείωσή της από χρόνια τιμή της τάξεως των 50 MMHG στα 40 MMHG. Άρα μια πτώση της ΡαΟ₂ κατά 10-15 MMHG σημαίνει οξεία ανεπάρκεια.

Επειδή η νεφρική αντιρρόπηση της χρόνιας υπερκαπνίας προκαλεί την επαναφορά του αρτηριακού ΡΗ στις φυσιολογικές τιμές, συχνά η ταχύτητα της αυξήσεως της ΡαСО₂ μπορεί να εκτιμηθεί από το ΡΗ, εκτός αν υφίσταται συνοδός μεταβολική οξέωση. Πρακτικά κάθε υπερκαπνία συνοδευόμενη από αρτηριακό ΡΗ κάτω του 7,30 πρέπει να θεωρείται οξεία ανα-

αναπνευστική ανεπάρκεια.

Δ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση

- Αναρρόφηση αν είναι ανάγκη
- Ενδοτροχειακή διασωλήνωση
- Χορήγηση βρογχοδιασταλτικού πο μορφή σπρέϋ, αμινοφυλλίνης και βλεννολυτικών για λύση του βρογχόσπασμου, βρογχική διαστολή και προαγωγή αποβολής των εκκρίσεων.
- Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου ανάλογα με την ανάγκη του αρρώστου.
- Υποβοήθηση της αναπνοής (αν χρειάζεται) Διδασκαλία χρήσης της συσκευής IPPB.
- Λύψη Η.Κ.Γ. για διαπίστωση καρδιακών μεταβολών.
- Συχνός προσδιορισμός αερίων αρτηριακού αίματος για αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Μετέπειτα παρακολούθηση και αξιολόγηση.

Ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπεία της αναπνευστικής ανεπάρκειας. Περιλαμβάνει δύο ταυτόχρονες τακτικές: 1) διατήρηση της οξυγονώσεως και του αερισμού σε παραδεκτά επίπεδο, 2) αντιμετώπιση των λοιμώξεων, απομάκρυνση των εκκρίσεων και εξάλειψη τυχόν υπάρχουσας αποφράξεως αεραγωγών.

Σχετικά με την πρώτη οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται O₂ όταν έχουν σοβαρή υποξία και αυτό πρέπει να χορηγείται, αν και ο φόβος αναπνευστικής καταστολής, λόγω εξαλείψεως του ερεθίσματος της υποξίας, ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η χορηγούμενη συγκέντρωση O₂ πρέπει να είναι η ελάχιστη για τη διατήρηση της PaO₂ στην περιο-

χή των 50 MMHG, εξώ παρακολουθούνται προσεκτικά η PaCO₂, το PH και η κλινική κατάσταση του ασθενούς. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν αύξηση της PaCO₂ όταν αυξηθεί η οξυγόνωση. Η κλασική εξήγηση είναι, ότι αυτό οφείλεται στην εξάλειψη του υποξαιμικού ερεθίσματος, οπότε προκαλείται περαιτέρω υποαερισμός.

Όταν εφαρμοσθεί ο μηχανικός αερισμός, ο αναπνεόμενος όγκος αέρος και η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων πρέπει να ρυθμισθούν βαθμιαία, ώστε να ελατωθεί η PaCO₂ μόνον μέχρι το χρόνο αυξημένο επίπεδο της χωρίς να επιχειρηθεί η μείωσή της στα φυσιολογικά όρια ή και πιο κάτω.

Όπως αναφέρθηκε, η διατήρηση της οξυγονώσεως και του αερισμού συντελεί στο να κερδηθεί χρόνος, ώσπου να αρχίσει η απομάκρυνση των εκκρίσεων, η βρογχοδιαστολή και η θεραπεία της λοιμώξεως. Η απομάκρυνση των εκκρίσεων επιτελείται με την παρότρυνση του ασθενούς να βήχει ή με εισαγωγή καθετήρος αναρροφήσεως στην τραχεία, ο οποίος εκτός από την αφαίρεση των υπάρχουσών εκκρίσεων, προκαλεί βήχα οπότε νέες εκκρίσεις ανέρχονται στην περιοχή του στομίου του καθετήρα.

Η τοποθέτηση σε θέση παροχετεύσεως και οι πλήξεις του θώρακα είναι άλλα συχνά χρησιμοποιούμενα βοηθητικά μέτρα, τα οποία, όπως αποδείχθηκε ιδίως επι αφθόνων εκκρίμάτων, βελτιώνουν την τραχειοβρογχική αυτοκάθαρση, αυξάνουν τον όγκο της αποχρέμψεως πέρα από το ποσό που αποβάλλεται με το βήχα και ελαττώνουν την απόφραξη των αεραγωγών.

Η βρογχοδιαστολή με αμινοφυλλίνη PER OS ή με έγχυση και με διεγέρτες των β-αδρενεργικών υποδοχέων σε εισπνοή

ή με υποδόρια ένεση παίζει σημαντικό ρόλο στην αγωγή της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας επι χρόνιας αποφράξεως των αεραγωγών.

Εκτός αν υπάρχει σαφώς οξεία πνευμονία, η χρήση αντιβιοτικών επι οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας, είναι αντικείμενο μεγαλύτερης διαμάχης απο όσο η χρήση τους επι βλεννοπυωδών εξάρσεων χωρίς ανεπάρκεια. Εντούτοις, στο θεραπευτικό σχήμα πρέπει να προστίθενται ευρέος φάσματος αντιβιοτικά αν δεν υπάρχει υποψία ή αν δεν απομονώθηκε συγκεκριμένος παθογόνος παράγοντας ή ερυθρομυκίνη αν πιθανολογούνται LEGIONELLA ή MYCOPLASMA.

ΣΤ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές κατά τη θεραπεία της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας είναι: καρδιακές αρρυθμίες, συχνότερα πολυεστιακή υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, δεξιά καρδιά ή κάμψη, πνευμονικές εμβολές και αιμορραγία απο το πεπτικό λόγω ελκών απο STRESS. Εύκολα αποφεύγονται οι καρδιακές αρρυθμίες απο ταχεία μείωση της οξυγονώσεως η αύξηση του PH λόγω υπεραερισμού.

Οι πνευμονικές εμβολές θεωρούνται συχνές επι οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας και είναι εξαιρετικά δύσκολη η αποκάλυψή τους, επειδή το σπινθηρογράφημα πνευμόνων δείχνει μη ειδικές αλλοιώσεις, ενώ τα σημεία της πνευμονικής καρδιάς διακυμαίνονται ανάλογα με το βαθμό της πνευμονικής δυσλειτουργίας. Έτσι πρέπει να χορηγούνται προφυλακτικώς χαμηλές δόσεις ηπαρίνης προς αποτροπή της επιπλοκής αυτής. Συχνή επιπλοκή είναι η αιμορραγία απο το πεπτικό, που πιστεύεται, ότι οφείλεται σε γαστρικά έλκη απο STRESS. Έχουν

χρησιμοποιηθεί αντιόξινα, ρινογαστρική αναρρόφηση και η CIMETIDINE για τη μείωση της συχνότητάς της.

Ζ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τα δεδομένα απο μεγάλους πληθυσμούς δείχνουν κατά μέσον όρο βραδεία και αναπόφευκτη μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας επι χρόνιας αποφράξεως των αεραγωγών. Αν και βραδεία, η λειτουργική έκπτωση με την πάροδο του χρόνου υπερβαίνει κατά πολύ τη μεταβολή που παρατηρείται στο φυσιολογικό γήρας. Γενικά η πιθανότητα επεισοδίων οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας αυξάνει όταν η FEV₁ μειωθεί κάτω του 25% της αναμενομένης φυσιολογικής τιμής. Αν και η ενδοσοσκοπειακή θνησιμότητα είναι 30% κατά μέσον όρο για μεμονωμένο επεισόδιο και το ποσοστό 5ετούς επιβιώσεως μετά απο το αρχικό επεισόδιο αναπνευστικής ανεπάρκειας, είναι κατά μέσον όρο μόνο 15-20%, το κλινικό σύνδρομο έχει εξαιρετική σημασία για τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Όπως σημειώθηκε, οι ασθενείς με αμιγές εμφύσημα εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση μετά απο την εισβολή της αναπνευστικής ανεπάρκειας απο όσο εκείνοι με αμιγή βρογχίτιδα.

2.7. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η οποία αποτελεί συχνά αιτία προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας ή και θάνατο στον πληθυσμό των αναπτυγμένων χωρών. Οι καπνίζοντες παρουσιάζουν θνησιμότητα μέχρι και βιπλάσια από τους μη καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που έχουν καπνίσει. Κατά το κάπνισμα, στην καύτρα του τσιγάρου αναπτύσσεται θερμοκρασία 600-800 βαθμούς Κελσίου, και με την πυρόλυση και την πυροσύνθεση, παράγονται 4.000 περίπου συστατικά, τα οποία με την εισπνοή προκαλούν ποικίλλες βλαπτικές επιδράσεις στις αεροφόρους οδούς. Τέτοιες είναι η υπερέκκριση βλέννης, η τοξική επίδραση επί του κροσσώτου επιθηλίου των βρόγχων και η μείωση της ικανότητας του να καθαρίζει τους βρόγχους κ.α. Όλα αυτά δημιουργούν μια φλεγμονή στις μικρότερες αεροφόρους οδούς των βρόγχων που οδηγούν στην αποφρακτική πνευμονοπάθεια με το σφύριγμα στην αναπνοή τα "γατάκια", περίπου όπως στο άσθμα, η οποία καταλήγει ύστερα από καιρό στο πνευμονικό εμφύσημα. Η θνησιμότητα στους καπνιστές 20 τσιγάρων την ημέρα, είναι 22,24,7 φορές πάνω από ότι στους μη καπνιστές. Ενώ στους βαρύτερους καπνιστές φθάνει στο τριακονταπλάσιο. Σε καλύτερη μοίρα βρίσκονται οι καπνιστές πούρου, με πίπα.

Το σταμάτημα του καπνίσματος οδηγεί σε υποχώρηση του μεγαλύτερου αυτού κινδύνου. Περισσότερες πιθανότητες βελτίωσης παρουσιάζουν εκείνοι που οι βλάβες στους βρόγχους βρίσκονται ακόμα στο φλεγμονικό στάδιο, των μικρών αεροφόρων οδών, οπότε οι κίνδυνοι σ'ένα χρόνο μειώνονται

στο 50% και σε 10 χρόνια, περίπου στο επίπεδο εκείνο που υπολογίζεται για τους μη καπνιστές. Η βελτίωση όμως είναι μικρή όταν οι βλάβες έχουν φθάσει πλέον μέχρι το εμφύσημα.

B. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Βάση της χρήσεως της ταχύτητας ροής από τους χειρισμούς της FVC και από πιο πολύπλοκες μετρήσεις της αντίστασης των αεραγωγών και της ελαστικότητας των πνευμόνων έχει γίνει σαφές ότι μπορούν να υπάρχουν η ασθένεια χωρίς ένδειξη αποφράξεως. Όμως όταν εμφανισθεί η δύσπνοια τότε ανιχνεύεται πάντοτε απόφραξη. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε κατανοητός ο μηχανισμός της απόφραξης των αεραγωγών για την εκλογή της θεραπείας και την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων. Επίσης παρατηρείται μία στένωση της διαμέτρου των αεραγωγών, απώλεια της ελαστικότητας των πνευμόνων και μία αύξηση της αντιστάσεως των αεροφόρων οδών και μείωση της ταχύτητας της μέγιστης εκπνευστικής ροής.

Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει μία φυσιολογική ή ελαφρά μόνο αυξημένη αντίσταση των αεραγωγών που συνδυάζεται με την χαμηλή ταχύτητα μέγιστης εκπνευστικής ροής.

Αυτό οφείλεται στην αυξημένη δυνατότητα των ενδοθωρακικών αεραγωγών να μειώνουν τη διάμετρό τους στη διάρκεια βίαιας εκπνοής. Επίσης παρατηρείται ότι οι υποδιαιρέσεις των πνευμονικών όγκων, παρουσιάζουν διαταραχές ποικίλου βαθμού.

Ο RV και ο FRC είναι σχεδόν πάντοτε μεγαλύτεροι από το φυσιολογικό. Συχνά είναι η αύξηση της TLC, η αιτία είναι άγνωστη, αλλά ίση οφέλεια σε συνδυασμό με τη μείωση της ελαστικής δυνάμεως επαναφοράς των πνευμόνων.

Η VC συχνά είναι ελαττωμένη. Επίσης παρατηρείται μία ανομοιόμορφη κατανομή του εισπνεομένου αέρα και της αιματώσεως. Ορισμένοι ασθενείς με υπερβολική αναπνευστική προσπάθεια και χρόνια δύσπνοια, διατηρούν αυξημένο αερισμό με αποτέλεσμα φυσιολογικό ή μειωμένο PCO₂ αρτηριακού αίματος, ενώ άλλοι ασθενείς με μέτρια αύξηση της αναπνευστικής προσπάθειας και λιγότερη δύσπνοια διατηρούν φυσιολογικό ή ελαφρά μόνο αυξημένο αερισμό και ανεχόμενοι υψηλή PCO₂ αρτηριακού αίματος. Συχνά υπάρχει μέτρια έως έντονη πνευμονική υπέρταση κατά του πνεύμονα με περαιτέρω δυσανάλογο προς την καρδιακή απόδοση αύξηση κατά την κόπωση. Επίσης παρατηρείται σύσπαση των λείων μυϊκών ινών των πνευμονικών αρτηριών και αρτηριδίων, όπως και καταστροφή των κυψελιδικών διαφραγμάτων με απώλεια των τριχοειδών.

Ενώ τέλος θα πρέπει να τονισθεί ότι δημιουργείται μια αγγειοσυστολή του πνεύμονα, αλλά και δευτερογενή ερυθροκυττάρωση.

Γ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Προφανώς η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλλει σε βαρύτητα από απλή χρόνια βρογχίτιδα χωρίς αναπηρία μέχρι κατάσταση έντονης αναπηρίας με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια.

Έτσι πρέπει να συνιστάται η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή ερεθιστικών ουσιών και τοξινών του περιβάλλοντος. Όμως σπάνια αποδίδουν οι συμβουλές για τροποποίηση της συμπεριφοράς και του τρόπου διαβίωσης και οι περισσότεροι ιατροί καλούνται να ταξινομήσουν και να αντιμετωπίσουν ασθενείς με πλήρη ανάπτυξη της χρόνιας αποφράξεως των αεραγωγών. Παρακάτω περιγράφονται σοι δύο αντί-

ποδες της πλήρως αναπτυγμένης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Προεξάρχον εμφύσημα: Στο ιστορικό αναφέρεται μακρά περίοδος δύσπνοιας μετά από κόπωση με ελάχιστο βήχα και μικρά μόνο ποσά βλεννώδους αποχρέμψως.

Η σωματική διάπλαση είναι ασθενική με σημεία απώλειας βάρους. Ο ασθενής εμφανίζεται καταβεβλημένος με εμφανή χρήση των βοηθητικών αναπνευστικών μυών, οι οποίοι χρησιμοποιούν για την ανύψωση του στέρνου προς τα εμπρός και άνω σε κάθε εισπνοή με σχετική απάρταση της εκπνοής ενώ τα χείλη είναι συνεσπασμένα η εισπνοή αρχίζει θορυβωδώς. Όταν κάθονται οι ασθενείς κλίνουν συχνά εμπρός εκτείνοντας τους βραχίονες γύρω από το σώμα τους. Μπορεί να υπάρχει διάταση των φλεβών του λαιμού στην εκπνοή, αλλά αυτές συμπίπτουν ταχέως με την εισπνοή. Τα κατώτερα μεσοπλεύρια διαστήματα εμφανίζουν εισολκή σε κάθε εισπνοή, ενώ ψηλαφάται μετακίνηση προς τα έσω του κατώτερου πλάγιου θωρακικού τοιχώματος. Επικρουστικά αποδίδεται υπερηχηρός ήχος, ενώ στην ακρόαση υπάρχει μείωση του αναπνευστικού ψυθυρίσματος με ασθενείς, υψηλής συχνότητας ρόγχους προς το τέλος της εκπνοής.

Η PO₂ του αρτηριακού αίματος είναι συχνά της τάξεως των 70 MMHG ενώ η POC₂ είναι φυσιολογική έως χαμηλή. Οι ασθενείς αυτοί αναφέρονται ως "ακυανωτικοί δυσπνοϊκοί" λόγω της διατηρήσεως αυξημένου αερισμού, ενώ η αρτηριακή PO₂ είναι επαρκής για τον πλήρη σχεδόν κορεσμό της αιμοσφαιρίνης.

Οι TLC και RV είναι σταθερά αυξημένες, η VC χαμηλή και η ταχύτητα μέγιστης εκπνευστικής ροής μειωμένη. Η ελαστικότητα του πνεύμονα είναι έντονα μειωμένη και υπάρχει ευ-

θέως ανάλογη προς αυτήν μείωση της ικανότητας διαχύσεως CO.

Ακτινογραφικά τα διαφράγματα είναι σε χαμηλή θέση και αποπλατυσμένα, η βρογχοαγγειακή απεικόνιση δεν εκτείνεται στην περιφέρεια των πνευμόνων, ενώ η καρδιακή σκία είναι επιμήκης και στενή. Τα ευρήματα αυτά σε συνδυασμό με αύξηση της οπισθοστερνικής διαύγασης στην πλάγια ακτινογραφία θώρακα, ερμηνεύονται σαν υπερέκπτυξη, η οποία συσχετίζεται προς την αύξηση της TLC και την απώλεια της ελαστικότητας. Η εξασθένηση της βρογχοαγγειακής σκιογραφίσεως προς την περιφέρεια και η αύξηση της οπισθοστερνικής διαυγάσεως συσχετίζονται άριστα προς τη μετά θάνατο ανεύρεση εκτεταμένου και έντονου εμφυσήματος κυρίως παμβοτρυδιακού τύπου.

Είναι ευτύχημα, ότι ο ασθενής με αμιγές εμφύσημα είναι λιγότερο επιρρεπής σε βλεννοπυώδεις υποτροπές από όσο ο ασθενής στον οποίο κυριαρχεί η βρογχίτιδα, επειδή τα επεισόδια αυτά συχνά προκαλούν έντονη αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο.

Προεξάρχουσα βρογχίτιδα: Όταν κυριαρχεί η βρογχίτιδα, υφίσταται συνήθως εντυπωσιακό ιστορικό βήχα και αποχρέμψεως πολλών ετών και άμετρης χρήσεως καπνού.

Αρχικά ο βήχας υπάρχει μόνο τους χειμερινούς μήνες και ο ασθενής μπορεί να ζητήσει ιατρική βοήθεια μόνο στη διάρκεια των σοβαρότερων από τα συχνά βλεννοπυώδη επεισόδια. Με την πάροδο των ετών ο βήχας εξελίσσεται από χειμερινός σε συνεχή σε όλη την διάρκεια του έτους, ενώ οι βλεννοπυώδεις υποτροπιάζουσες εξάρσεις αυξάνουν σε συχνότητα, διάρκεια και βαρύτητα. Μετά από την έναρξη της δύσπνοιας στην προσπάθεια ο ασθενής συχνά προσέρχεται στον ιατρό

και αποκαλύπτεται σοβαρός βαθμός αποφράξεως.

Ο ασθενής με προεξάρχουσα βρογχίτιδα συχνά έχει σχετικό βάρος ανώτερο του κανονικού και κυάνωση. Συνήθως δεν υπάρχει έκδηλη δύσπνοια στην ηρεμία και δεν υπάρχει χρησιμοποίηση των επικουρικών μυών. Η επίκρουση αποδίδει φυσιολογικό ήχο, ενώ η απόκρουση αποκαλύπτει συνήθως παχείς ρόγχους και ήχο συριγμού, οι οποίοι μεταβάλλονται στην εντόπιση και την ένταση μετά από έντονο και παραγωγικό βήχα.

Διατυπώθηκε η γνώμη με την υποστήριξη ορισμένων δεδομένων ότι ένα από τα παθοφυσιολογικά συμβάματα επί των ασθενών αυτών είναι η επέλευση επανειλημμένων επεισοδίων έντονης νυκτερινής μείωσης του κορεσμού με O₂ σε συνδυασμό με άπνοια στη διάρκεια του ύπνου.

Η TLC είναι συχνά φυσιολογική και υφίσταται μέτρια αύξηση του RV. Η VC είναι ελαφρά μειωμένη, ενώ η μέγιστη εκπνευστική ροή είναι σταθερά ελαττωμένη. Η ελαστικότητα του πνεύμονα είναι φυσιολογική ή ελαφρά μόνο μειωμένη ενώ η ικανότητα διαχύσεως CO είναι είτε φυσιολογική ή ελάχιστα μειωμένη.

Ακτινογραφικά τα διαφράγματα εμφανίζουν φυσιολογική καμπυλότητα, η βρογχοαγγειακή σκιαγράφηση αυξάνει στα κατώτερα πνευμονικά πεδία.

Ασθενής με αμιγή βρογχίτιδα μπορεί να εμφανίζει πολλά επεισόδια αναπνευστικής ανεπάρκειας, από τα οποία συχνά αναλαμβάνει με την κατάλληλη αγωγή. Η ικανότητα αναρρώσεως από επανειλημμένα τέτοια επεισόδια ευρίσκεται σε πλήρη αντίθεση προς τη συχνά μοιραία έκβαση παρόμοιων συμβαμάτων επί αμιγούς εμφυσήματος. Στη νεκροτομή ανευρίσκονται έντονες αλλοιώσεις βρογχίτιδας στους μεγάλους

κυρίως βρόγχους του κεντροβοτρυδιακού τύπου.

Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρέπει να βασίζεται στην όσο το δυνατόν καλύτερη γνώση του βαθμού της αποφράξεως, της εκτάσεως της αναπηρίας και της δυνατότητας αναστροφής της νόσου. Η πιθανότητα αποτελεσματικής αγωγής εξαρτάται από το βαθμό συμμετοχής της αποφρακτικής εξεργασίας των αεραγωγών. Επειδή το εμφύσημα αποτελεί μη αναστρέψιμη αλλοίωση, η μόνη αγωγή συνίσταται σε προφύλαξη από την επιδείνωση και στην αποφυγή των οξείων εξάρσεων.

Όταν ο βαθμός της δύσπνοιας προσπάθειας φαίνεται δυσανάλογα μεγαλύτερος από το βαθμό της αποφράξεως, ενδείκνυται ο προσδιορισμός των αερίων του αιματος, του αερισμού, της παραγωγής CO₂ και της καταναλώσεως O₂ στη διάρκεια κοπώσεως για τον καθορισμό αν η έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας είναι αρκετή, για να δικαιολογήσει τα συμπτώματα.

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί το μόνο βέβαιο τρόπο επιδράσεως στην εξέλιξη των συνδρομών της χρόνιας αποφράξεως των αεραγωγών και η μεταβολή αυτή της συμπεριφοράς αποδίδει περισσότερο σε πρώιμα στάδια της νοσηρής εξεργασίας.

Άλλα προληπτικά μέτρα είναι ο ετήσιος εμβολιασμός έναντι των συνήθων ή αναμενόμενων στελεχών ιού της γρίπης και κάθε 3ο ή 4ο έτος ο εμβολιασμός με πολυσακχαρίτες πνευμονιόκοκκου. Δεν είναι δυνατή η πλήρης αποφυγή των λοιμώξεων και ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει, ότι η αύξηση του πύου, του ιξώδους ή του όγκου των πτυέλων σημαίνει έναρξη λοίμωξεως, η οποία χρειάζεται έγκαιρη αντιμετώπιση.

Εντούτοις πρέπει να χορηγείται τετρακυκλίνη ή αμπικιλ-
λίνη για περίοδο 7-10 η μ. Πρακτικό είναι να έχει ο ασθε-
νής απόθεμα αντιβιοτικών αρκετό για 7-10 ημ. θεραπείας
και να αρχίζει τη λήψη μόνο με την έναρξη των συμπτωμά-
των.

Έχει αποδειχθεί επανειλημμένα, ότι τα προγράμματα
σωματικών ασκήσεων, αν και δεν ακολουθούνται από αισθητή
βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας, επιφέρουν αύξηση
της αντοχής στην κόπωση και δημιουργούν αίσθημα ευφορίας.

Τα βρογχοδιασταλτικά είναι συχνά χρήσιμα στην ανακού-
φιση των συμπτωμάτων, ιδίως επί ασθενών που εμφανίζουν
στο εργαστήριο οξεία αντίδραση προς αυτά.

Εκτός από τη βρογχοδιαστολή, διεγείρει την αναπνοή και
έχει καρδιοτονωτική και διουρητική διέγερση.

Έχουν συντεθεί και δοκιμάζονται νέα παράγωγα χορη-
γούμενα με εισπνοή με μικρότερη επίδραση στις εκκρίσεις,
τα οποία μπορεί μελλοντικά να αποδειχθούν χρήσιμα.

Προς το παρόν η χρήση γλυκοκορτικοειδών βασίζεται σε
ελάχιστα επιστημονικά δεδομένα από κατάλληλα ελεγχόμενες
κλινικές δοκιμές. Επειδή εμφανίζουν παρενέργειες εξαρτώ-
μενες από την διάρκεια χορηγήσεως και από τη δόση, οι ο-
ποίες ποικίλλουν από επιβλαβείς μέχρι καταστροφικές, η
σχεδόν σταθερή υποκειμενική ωφέλεια πρέπει να υποστηρί-
ζεται από αντικειμενικές μετρήσεις. Πολλοί κλινικοί δεν
έχουν αμφιβολία, ότι ορισμένοι ασθενείς ανταποκρίνονται
καλά, ακόμα και θεαματικά, στους παράγοντες αυτούς από
αντικειμενική και υποκειμενική άποψη. Το πραγματικό πρό-
βλημα έγκειται στην εκλογή εκείνων που έχουν τη μεγαλύτερη
πιθανότητα να ωφεληθούν.

Όμως οι καλύτεροι κανόνες είναι : (1) χρήση των παραγόντων αυτών μόνο μετά από την αποτυχία των βρογχοδιασταλτικών και της βρογχοπνευμονικής παροχετεύσεως. (2) Έναρξη με 30 MG πρεδνιζόνης μια φορά ημερησίως. (3) Επιβεβαίωση της αντικειμενικής βελτίωσης με σπιρομέτρηση και προσδιορισμό των αερίων αίματος και διακοπή της χορηγήσεως αν δεν παρατηρείται αντικειμενική βελτίωση. (4) Μείωση της δόσεως στο ελάχιστο επίπεδο, που διατηρεί τη λειτουργική βελτίωση.

Η βρογχοπνευμονική παροχετευση πρέπει να διατηρείται επί ασθενών με υπερέκκριση. Χρήσιμη είναι η τοποθέτηση σε θέση παροχετεύσεως, αν ο βήχας δεν είναι αποτελεσματικός ή αν υφίστανται εξαντλητικοί παροξυσμοί βήχα. Αν και είναι αποχρεμπτική η χορήγηση βλεννολυτικών σε AEROSOL, ουδέποτε αποδείχθηκε από ορθά σχεδιασμένες δοκιμές ότι είναι πιο αποτελεσματική από την απλύ ενυδάτωση.

Η θεραπεία με φορητές συσκευές οξυγόνου ενδείκνυται όταν η αρτηριακή υποξία είναι διαρκής και σοβαρή συνδυασμό με χρόνια πνευμονική καρδιά και σημεία δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Επειδή οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια απόφραξη των αεραγωγών, ιδίως εκείνοι με στοιχεία κυριαρχούσας βρογχίτιδας, αποδεικνύεται, ότι παρουσιάζουν σημαντική ελάττωση της PAO₂ κατά τον ύπνο και κυρίως κατά την φάση REM, έχει προταθεί η χορήγηση οξυγόνου στη διάρκεια της νύκτας. Αν και τα επιχειρήματα είναι σαφή και τα αποτελέσματα αρκετά καλά, μια πρόσφατη κλινική δοκιμασία, όπου έγινε σύγκριση της νυκτερινής με τη συνεχή παροχή O₂ σε έντονα υποξικούς ασθενείς, απέδειξε, ότι η συνεχής χορήγηση συνοδεύεται από σημαντικά χαμηλότερη θνητότητα. Οι ασθενείς και των δύο ομάδων εμφάνισαν νευροψυχική και

αιμοδυναμική βελτίωση. Άρα η νυκτερινή παροχή O₂ είναι καλύτερη από τη μη χορήγησή του, αλλά η συνεχής παροχή O₂ υπερέχει της νυκτερινής σε τέτοιους βαρέως πάσχοντες.

Η δευτερογενής ερυθροκυττάρωση με αιματοκρίτη άνω του 50% εύκολα μπορεί να θεωρηθεί μηχανισμός που επιτρέπει την μεγαλύτερη απόδοση O₂ για την αντιρρόπηση της χρόνιας χαμηλής αρτηριακής P_{O₂}. Έτσι η βελτίωση της οξυγονώσεως με αύξηση της πνευμονικής λειτουργίας ή με χορήγηση O₂ αποτελεί τον πιο φυσιολογικό τρόπο αναστροφής της ερυθροκυτταρώσεως.

2.8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι νόσημα υψηλής επίπτωσης και θνησιμότητας με διαχρονικές αυξητικές τάσεις σε όλο τον κόσμο.

Το 1982 στην ΗΠΑ προσβλήθηκαν από πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονα άνω των 85.000 ανδρών και 32.000 γυναικών, οι περισσότεροι από τους οποίους πέθαναν σε διάστημα ενός έτους. Η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται μεταξύ ηλικίας 55 και 65 ετών. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πρώτο κατά σειρά συχνότητας αίτιο θανάτου από καρκίνου στους άνδρες και δεύτερο στις γυναίκες. Η συχνότητα του αυξάνει, έτσι ώστε η κατά ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα διπλασιάζεται κάθε 15 έτη και για τα δύο φύλα.

Κατά χρόνο της διαγνώσεως μόνο τα 20% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν εντοπισμένη νόσο ενώ τα 25% έχουν επέκταση στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά 55% απομακρυσμένες μεταστάσεις. Ακόμη και επί υποτιθέμενης τοπικής νόσου η 5-ετής επιβίωση είναι μόνο 30% στους άνδρες και 50% στις γυναίκες. Το ποσοστό επιβιώσεως δεν μεταβλήθηκε σημαντικά τα τελευταία 20 έτη. Έτσι το πρωτοπαθές καρκίνωμα του πνεύμονα αποτελεί μεγάλο πρόβλημα υγείας με γενικά κακή πρόγνωση.

Όμως, μια συνεπής τακτική διαγνώσεως, σταδιοποιήσεως και αντιμετώπισεως, βασισμένη στη γνώση της κλινικής συμπεριφοράς του καρκίνου του πνεύμονα, συνδυασμένη με κριτική αναδρομή στις κλινικές θεραπευτικές δοκιμές, επιτρέπει την επιλογή της άριστης θεραπείας για το συγκεκριμένο ασθενή, είτε για ενδεχόμενη ίαση ή για το μέγιστο

της ανακουφίσεως. Η διαδικασία αυτή πρέπει να απασχολεί πολλές ιατρικές ειδικότητες με συνεργασία παθολόγων ή πνευμονολόγων, ογκολόγων της παθολογίας, ακτινολογίας και χειρουργικής, παθολογοανατόμων, καθώς επίσης και προσωπικού απασχολούμενου με τα διαγνωστικά μέσα και την υποστηρικτική αγωγή.

Ο ρυθμός αύξησης είναι μεγαλύτερος στις νεότερες ηλικίες (45-54 ετών) και στο γυναικείο πληθυσμό. Οι μόνες χώρες με πτωτικές τάσεις είναι η Φιλανδία, η Σουηδία και η Μεγάλη Βρετανία μόνο όμως όσο αφορά τον ανδρικό πληθυσμό. Η Ελλάδα κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των άλλων χωρών, με διαχρονική αυξητική τάση.

B. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Πρέπει να χρησιμοποιείται η ιστολογική ταξινόμηση των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων που προτάθηκε από τον Π.Ο.Υ. το 1977. Τα 95% των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων αποτελούνται από 4 κυτταρικούς τύπους :

Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο ή επιδερμοειδές, μικροκυτταρικό (αιρακιόμορφο) καρκίνωμα, αδenoκαρκίνωμα και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι διάφοροι κυτταρικοί τύποι εμφανίζουν διαφορετική πορεία και αντίδραση στην αγωγή. Έτσι η ορθή ιστολογική διάγνωση από πεπειραμένο παθολογοανατομικό είναι το πρώτο βήμα για την ορθή αντιμετώπιση. Οι κύριες θεραπευτικές επιλογές γίνονται βάσει της ιστολογικής ταξινομήσεως του όγκου σε μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σε μία από τις υπόλοιπες "μη μικροκυτταρικές" ποικιλίες (που περιλαμβάνουν το επιδερμοειδές αδenoκαρκίνωμα, μεγαλοκυτταρικό, βρογχόλιοκυψελιδικό και μεικτές μορφές αυτών).

Γενικά, το μικροκυτταρικό καρκίνωμα κατά την διάγνωση του έχει επεκταθεί, καθιστάμενο ανευχείρητο και αντιμετωπίζεται κυρίως με χημιοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοθεραπεία, ενώ οι "μη μικροκυτταρικές" μορφές, αν κατά το χρόνο της διάγνωσης ευρεθούν εντοπισμένες, πρέπει να θεραπεύονται με ακτινοβολία ή εγχείρηση. Ο επιδερμοειδής καρκίνος είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος επί ανδρών, ενώ στις γυναίκες επικρατεί το αδenoκαρκίνωμα. Οι καπνιστές αποτελούν το 90% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα όλων των ιστολογικών τύπων, ενώ στην σπάνια περίπτωση μη καπνιστών με καρκίνο του πνεύμονα συνήθως πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα. Όμως επί μη καπνιστών με αδenoκαρκίνωμα του πνεύμονα, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο άλλων πρωτοπαθών εστιών, ιδίως καρκίνου του μαστού. Ο επιδερμοειδής και ο μικροκυτταρικός καρκίνος συνήθως εμφανίζονται ως κεντρικές μάζες με ενδοβρογχική ανάπτυξη, ενώ το αδenoκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα τείνουν να παρουσιάζονται ως περιφερικά οξεία ή μάζες με συμμετοχή του υπεζωκότα. Ο επιδερμοειδής και ο μεγαλοκυτταρικός σχηματίζουν κοιλότητα στα 20-30% των περιπτώσεων. Το βρογχολιοκυψελιδικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανισθεί ως μονήρης μάζα, ως διάχυτη πολυοξώδης βλάβη και ως χνουδωτό διήθημα.

Γ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

1. Πηγές πληροφοριών : άρρωστος, οικογένεια, ιατρικά δελτία.
2. Ιστορικό υγείας.
 - α. Ηλικία.
 - β. Φύλο.

γ. Επάγγελμα.

δ. Κάπνισμα.

(α) Αριθμός χρόνων που είναι καπνιστής.

(β) Αριθμός σιγαρέτων που καπνίζει το 24ωρο.

(γ) Αν εισπνέει τον καπνό.

ε. Ιστορικό βήχα - πόσο χρόνο, ποια ώρα εμφανίζεται, ποσότητα και περιγραφή πτυέλων.

στ. Ιστορικό οικογένειας για καρκίνο, ειδικά του πνεύμονα.

3. Φυσική εκτίμηση

α. Η εξέταση του θώρακα μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογική ή να υπάρχει αμβλύτητα στην επίκρουση (μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη), αύξηση των αναπνευστικών ήχων.

β. Αν υπάρχει έντονος θωρακικός πόνος ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζει μειωμένη έκπτυξη του θώρακα. Μπορεί να υπάρχει δύσπνοια.

γ. Μπορεί να υπάρχει καχεξία.

δ. Η προσεκτική ψηλάφηση των λεμφαδένων μαζί με άλλες μεταβολές μπορεί να δείχνουν μετάσταση.

4. Διαγνωστικές εξετάσεις.

α. Ακτινολογικός έλεγχος (ακτινογραφία, ακτινοσκόπηση και αξονική τομογραφία) συχνά δείχνει την ύπαρξη του καρκίνου (μάζα στην περιοχή της πύλης, υπεζωκοτικό εξίδρωμα, ατελεκτασία ή διάβρωση των πλευρών ή σπονδύλων).

β. Κυτταρολογική πτυέλων.

γ. Βρογχοσκόπηση - Βιοψία.

δ. Μεσοπνευμονιοσκόπηση (διαδερματική) - εισαγωγή ενδοσκοπίου του μεσοπνευμονίου χώρου (μέσα από τομή του δέρματος) για διαπίστωση τυχόν μεταστάσεων.

ε. Πνευμονική αγγειογραφία - εισαγωγή χρωστικής, ακολουθούμενη από λήψη ακτινογραφίας για εκτίμηση της όλης πνευμονικής

κατάστασης και του μεσοπνευμόνιου χώρου.

στ. Δοκιμασίες πνευμονικής και καρδιακής λειτουργίας.

ζ. Δοκιμασία λειτουργίας επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια που θα είχε σαν συνέπεια τη μη δυνατότητα του οργανισμού του αρρώστου να αποκριθεί στο μετεγχειρητικό STRESS.

Δ. ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει θνησιμότητα στους άνδρες 40 και στις γυναίκες 7. Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, συχνότερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές και συχνότερη στις χαμηλότερες οικονομικο - κοινωνικές τάξεις. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με αραγδαίο ρυθμό (2% κάθε χρόνο), αντανakλώντας τις μεταπολεμικές εξελίξεις στις καπνισματικές συνήθειες.

Το κάπνισμα αποτελεί το^ν κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του πνεύμονα. Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες με μικρότερη αριθμητική σημασία είναι οι ιονίζουσες ακτινοβολίες (ραδόνια), ορισμένοι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, ο αμίαντος, το αρσενικό, διάφορα μεταλλεύματα χρωμίου και νικελίου κ.λ.π. η έκθεση στους τελευταίους αυτούς παράγοντες έχει συνήθως "επαγγελματικό" χαρακτήρα (επαγγελματικοί καρκίνοι). Η αναφερόμενη συσχέτιση της ατμοσφαιρικής ρυπάνσεως με τον καρκίνο του πνεύμονα δεν έχει αποδειχθεί, η πιθανολογούμενη προστατευτική επίδραση της βιταμίνης Α δεν έχει επιβεβαιωθεί και η ενδεχόμενη γενετική προδιάθεση προς τη νόσο δεν έχει τεκμηριωθεί.

Άλλα αναφερόμενα αίτια του καρκίνου του πνεύμονα είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, η έκθεση σε ορυκτά ουρανίου, ο αμίαντος οι αλογονωμένοι αιθέρες, τα χρωμικά, ο μεταλλι-

κός σίδηρος και τα οξειδία του σιδήρου, το νικέλιο, το βαρύλλιο και το αρσενικό. Η ακτινοβολία και η έκθεση σε αλογονωμένους αιθέρες συνδέονται κυρίως με το μικροκυτταρικό και τον επιδερμοειδή τύπο. Πιθανώς υπάρχει συνεργική δράση του καπνίσματος και των βιομηχανικών ή περιβαλλοντικών ρυπαντών, ιδίως σε εργάτες ορυχείων ουρανίου και ασχολουμένων με αμίαντο.

Επίσης τα περιφερικά αδενοκαρκινώματα παρατηρούνται συχνότερα σε θέσεις χρονίων ουλών από χρονίζουσες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, χρόνια διάμεση ίνωση, ή σκληροδερμία.

Ο καπνός του τσιγάρου και η πίσσα περιλαμβάνουν καρκινογόνες ουσίες και αυτές παραμένουν και δρουν επί περισσότερο χρόνο τοπικώς, στο βρογχικό δέντρο. Από εκεί απορροφώνται μεταβολίζονται και προκαλούν βλάβες και σε άλλα όργανα όπως γενετικές μεταβολές και μεταλλάξεις στους καπνιστές.

Οι καρκίνοι του πνεύμονα είναι ο δεύτερος σημαντικός κίνδυνος της υγείας, που συνδέεται με το κάπνισμα και οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν πλέον συνειδητοποιήσει αυτή τη σχέση.

Το 1981 στην ΗΠΑ συνέβη ένας αριθμός θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα που υπολογίσθηκε σε 105.000. Τα 80% περίπου των θανάτων αυτών αποδίδονται στο κάπνισμα των τσιγάρων.

Ανάμεσα στους Ιάπωνες, που καπνίζουν ο κίνδυνος είναι 9 φορές μεγαλύτερος, αλλά αν καπνίζουν πάνω από 50 τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος είναι 25 φορές μεγαλύτερος.

Η ανησυχία για τις συνέπειες του καπνίσματος άρχισε όταν οι επιστήμονες πανικοβλήθηκαν με την εντυπωσιακή αύξηση των θανάτων. θεωρούνται δε κλασσικές οι επιδημιολογικές

μελέτες των WYNDER και GRAHAM και των DOLL και HILL.

Ο WYNDER και GRAHAM, μεταξύ 505 περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονος, σε άνδρες, βρήκαν ότι 96,5% αφορούσε καπνιστές, καιμόνον το 2% μη καπνιστές ή ελαφρώς καπνιστές. Το 86,5% των καρκινοπαθών κάπνιζαν 20-40 τσιγάρα την ημέρα.

Οι DOLL και HILL με προσχεδιασμένες μελέτες, αργότερα, μεταξύ των 59.600 γιατρών της Μεγάλης Βρετανίας, στο σύνολό τους, ανδρών και γυναικών, βρήκαν ότι ο καρκίνος αυξάνεται σημαντικά και σταθερά, ανάλογα με τον αριθμό των καταναλισκομένων τσιγάρων. Οι άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα αυξάνουν τον κίνδυνό τους στο δεκαπλάσιο σε σύγκριση με μη καπνιστές. Οι άνδρες που καπνίζουν 2 πακέτα την ημέρα αυξάνουν τον κίνδυνο τους πάνω από 25 φορές σε σύγκριση με μη καπνιστές.

Επίσης δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς των πόλεων και της επαρχίας και η συχνότητα θανάτων ήταν υψηλότερη στους καπνιστές τσιγάρου από ότι στους καπνιστές με πίπα γιατί δεν φαίνεται να σχετίζεται προς τον καρκίνο του πνεύμονα, ενδιάμεσα δε στους καπνιστές πούρου.

Επίσης η εμφάνιση του καρκίνου ελλατώθηκε ανάλογα με το χρόνο που πέρασε από τότε που έκοψαν το κάπνισμα.

Από τις μελέτες αυτές προέκυψε αυτό που επιβεβαιώθηκε και από μεταγενέστερες ανάλογες μελέτες, ότι δηλαδή η συχνότητα θανάτων ανάμεσα στους βαρέους καπνιστές είναι περίπου εικοσαπλάσια σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και φθάνει μέχρι και το τεσσαρακονταπλάσιο.

Και με την άλλη, κλασσική επίσης και αυτή, επιδημιολο-

γική μελέτη τους μεταξύ 6.194 γυναικών γιατρών Μεγάλης Βρετανίας για περίοδο 22 ετών, αποδείχθη ότι το κάπνισμα προκαλεί και στις γυναίκες πλέον πνευμονικό καρκίνο, χρ. αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρδιοαγγειακά νοσήματα και όλα τα άλλα όπως και στους άνδρες. Η κατανάλωση τσιγάρων από τις γυναίκες αυξήθηκε ταχύτατα στην διάρκεια των τελευταίων 25 ετών. Οι νεότερες καπνίζουν όλο και περισσότερο και "κατεβάζουν" και αυτές τον καπνό όπως και οι άνδρες και καθώς προχωρούν στα 60 και στα 70 τους ο απόλυτος κίνδυνος, πιθανότατα, θα είναι παρόμοιος με εκείνον στους άνδρες που καπνίζουν τον ίδιο αριθμό τσιγάρων.

Ήδη, από το 1984, ο καρκίνος των πνευμόνων στις γυναίκες ξεπέρασε σε συχνότητα τον καρκίνο του μαστού.

Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου αυξάνει ανάλογα με :

- α. τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κανείς.
- β. τον αριθμό των ετών.
- γ. την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα.
- δ. το βάθος που "κατεβάζει" τον καπνό.
- ε. την περιεκτικότητα σε πίσσα.
- στ. το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα μεταξύ των εισπνοών του καπνού.
- ζ. το πόσο από το μήκος του τσιγάρου που καπνίζει.

Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος όσο η συνήθεια είχε αρχίσει σε μικρότερη ηλικία. Άλλες συνθήκες που επηρέασαν αρνητικά ή θετικά την επίδραση του καπνίσματος για όλους τους καρκίνους αλλά ιδιαίτερα για τον καρκίνο του πνεύμονα ήταν η παράλληλη χρήση οινοπνεύματος αρνητικά και του γάλακτος θετικά.

Ακόμη και μη καπνιστές που έπιναν τρία ποτήρια γάλακτος

ημερησίως είχαν χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου όλων των εντοπίσεων ενώ αντίθετα καθημερινά λήψη κρέατος συνοδεύονταν με αύξηση συχνότητας καρκίνου.

Οι εργάτες σε μεταλλουργικές βιομηχανίες αμιάντου και ουρανίου, οι οποίοι κάπνίζουν τσιγάρα, βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο.

Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονος, εξαιτίας του καπνίσματος μειώνεται προοδευτικά στους πρώην καπνιστές ανάλογα με τον αριθμό των ετών από τότε που έκοψε το κάπνισμα. Επίσης βαίνει αυξανόμενη με ταχύτερο ρυθμό στις γυναίκες από όσο στους άνδρες. Οι προοπτικές δείχνουν ότι από το 1984 ο καρκίνος του πνεύμονα θα γίνει η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των Αμερικανίδων.

Από σχετική μελέτη σε γιατρούς, πρώην καπνιστές, προκύπτει ότι στη Μεγάλη Βρετανία, ένας πρώην καπνιστής ο οποίος δεν κάπνισε κατά τα τελευταία 5 χρόνια, μειώνει τον κίνδυνο να πεθαίνει στο 40% σε σύγκριση με εκείνον που συνέχισε να κάπνίζει και μετά 15 χρόνια αποχής από το κάπνισμα οι πρώην καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα ελαφρώς μόνο μεγαλύτερη από εκείνους οι οποίοι δεν κάπνισαν ποτέ.

Ε. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ ΤΩΝ

Η πορεία του καρκίνου του πνεύμονα αρχίζει με κυτταρολογικές αλλοιώσεις ατυπίας στα επιθηλιακά κύτταρα των βρόγχων, που εξελίσσονται από το καρκίνωμα IN SITU μέχρι τη γνήσια διηθητική μορφή.

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρέχει ακτινογραφικά ευρήματα και άλλα σημεία και συμπτώματα από την τοπική αύξηση του

όγκου, τη διήθηση ή την απόφραξη παρακειμένων δομών, την επέκταση μέσω των λεμφαγγείων προς τα επιχώρια λεμφογάγγλια, την ανάπτυξη του σε απομακρυσμένες μεταστατικές εστίες, μετά από αιματογενή διασπορά ή ως εξ αποστάσεως επίδραση του όγκου, συνήθως οφειλόμενο στην έκκριση πεπτιδικών ορμών.

Αν δεν ληφθούν υπόψη τα προγράμματα μαζικής διαλογής, τα 5-15% των ασθενών αποκαλύπτονται, ενώ είναι ασυμπτωματικοί, συνήθως σε τυχαία ακτινογραφία θώρακα. Όμως, η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών προσέρχονται με κάποιο σημείο ή σύμπτωμα. Τα σημεία και συμπτώματα λόγω κεντρικής ή ενδοβρογχικής ανάπτυξεως του πρωτοπαθούς όγκου είναι ο βήχας, η αιμόπτυση, ο συριγμός, η δύσπνοια και η πνευμονίτιδα (πυρετός και παραγωγικός βήχας) εξαιτίας αποφράξεως.

Το σύνδρομο PANCOAST οφείλεται σε τοπική επέκταση όγκου προς την κορυφή του πνεύμονα με προσβολή του 8ου αυχενικού και του 1ου και 2ου θωρακικού νεύρου, άλγος στον ώμο, το οποίο αντανακλά χαρακτηριστικά στο κάτω άκρο, στην περιοχή κατανομής του ωλένιου νεύρου και συχνά με καταστροφή της 1ης και 2ης πλευράς στην ακτινογραφία. Συχνά συνυπάρχει το σύνδρομο HORNER με το σύνδρομο PANCOAST.

Επιπλέον, το βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα μπορεί να επεκταθεί μέσω των βρόγχων προκαλώντας ανάπτυξη όγκων σε πολλαπλές κυψελίδες με αποτέλεσμα μείωση της μεταφοράς O₂, αναπνευστική ανεπάρκεια, δύσπνοια, υποξαιμία και παραγωγή μεγάλων ποσών αποχρέμψεως.

Οι εξωθωρακικές μεταστάσεις ανευρίσκονται στη νεκροτομή σε άνω των 50% των ασθενών με επιδερμοειδές καρκίνωμα, 80% εκείνων με αδenoκαρκίνωμα και μεγαλοκυτταρικό καρκίνο

και σε άνω των 95% των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο. Αυτές οι μελέτες στη νεκροτομή αποκάλυψαν μεταστάσεις του καρκίνου του πνεύμονα σχεδόν σε κάθε σύστημα. Έτσι η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, τελικά, χρειάζονται θεραπεία ανακουφιστική από τα συμπτώματα.

ΣΤ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία.
2. Μεταβολές στην άνεση εξαιτίας πόνου, δύσπνοιας.
3. θρεπτικό ανισοζύγιο.
4. Μείωση δραστηριοτήτων.
5. Αγωνία, φόβος.

Ζ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. Η μαζική εξέταση ατόμων με υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα με κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και ακτινογραφία θώρακα κάθε 4 μήνες, απέδειξε, ότι η συχνότητα καρκίνου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς είναι 4-8 στα 1.000 άτομα.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. Όταν πιθανολογείται η νόσος από τα σημεία, τα συμπτώματα ή τις εξετάσεις διαλογής, είναι απαραίτητη η ιστολογική διάγνωση της κακοήθειας, ο καθορισμός του ιστολογικού τύπου και η σταδιοποίηση του αρρώστου για την εφαρμογή της κατάλληλης αγωγής. Επί μονήρους πνευμονικού οζίδιου ή άλλης εντοπισμένης βλάβης, η ιστολογική μελέτη θα γίνει μετά από την πλήρη εκτομή της, ενώ σε μεγαλύτερες βλάβες μπορεί να ληφθεί τεμάχιο του όγκου ή κύτταρα καρκίνου από τα εκπλύματα με ινοπτική βρογχοσκόπηση και βρογχική βιοψία.

Άλλες μέθοδοι βιοψίας είναι η λήψη μεσοπνευμόνιου λεμφαδέ-
να μετά από μεσοπνευμονιοσκόπηση, η διαδερμική βιοψία διο-
γκωμένου υπερκλείδιου λεμφαδένα, η λήψη δείγματος μαλακών
μορίων ή από οστεολυτική βλάβη, η βιοψία μυελού των οστών
και η κυτταρολογική εξέταση υπεζωκοτικού υγρού ή η βιοψία
με βελόνα από τον προσβλημένο υπεζωκότα.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. Περιλαμβάνει
δύο φάσεις : 1. Καθορισμό της εντόπισης του όγκου (ανατο-
μική σταδιοποίηση) και 2. Εκτίμηση της δυνατότητας αντοχής
των διαφόρων αντικαρκινικών αγωγών (λειτουργική σταδιο-
ποίηση).

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΕΩΣ. Όλοι οι ασθενείς με
καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να διερευνώνται από απόψεως
ιστορικού, φυσικής εξέτασεως, των υπολοίπων ιατρικών προ-
βλημάτων τους και της λειτουργικής καταστάσεως και της τυ-
χόν απώλειας βάρους.

Η ωτορρινολαρυγγολογική εξέταση είναι απαραίτητη, λόγω
της συχνής εμφανίσεως μεταστάσεων στην περιοχή αυτή. Η
ακτινογραφία του θώρακα χρειάζεται για την εκτίμηση του
μεγέθους του όγκου και της συμμετοχής των λεμφαδένων
και είναι πολύ χρήσιμη, αν όχι απαραίτητη, η σύγκρισή
της, με παλαιότερες ακτινογραφίες. Οι τσμογραφίες είναι
κατάλληλες μόνο για ειδικά διαγνωστικά προβλήματα.

Γίνεται πλήρης εξέταση αίματος με αρίθμηση αιμοπεταλίων,
οι συνήθεις βιοχημικές εξετάσεις, η δερμοαντίδραση για
φυματίωση, ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι λειτουργικές δοκι-
μασίες των πνευμόνων. Εξετάζονται τα αέρια του αρτηριακού
αίματος, αν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αναπνευστικής α-
νεπάρκειας. Αν υποδηλώνεται η προσβολή οργάνου από τον

όγκο με συμπτώματα και σημεία, εκτελούνται τα αντίστοιχα σπινθηρογραφήματα με ραδιοϊσότοπα καθώς και ακτινογράφηση κάθε ύποπτης οστικής βλάβης.

Επί ιστολογικώς βέβαιου μικροκυτταρικού καρκίνου, η σταδιοποίηση πριν από την έναρξη θεραπείας περιλαμβάνει την αρχική γενική τακτική της διερευνήσεως του καρκίνου του πνεύμονα, καθώς επίσης ινοπτική βρογχοσκόπηση, εκπλυση και βιοψία για τον καθορισμό της επεκτάσεως του όγκου, βιοψία και αναρρόφηση μυελού των οστών, επειδή τα 20-30% των ασθενών έχουν μετάσταση στο μυελό των οστών και σπινθηρογράφημα με ραδιοϊσότοπα του ήπατος, του εγκεφάλου και των οστών, αν υφίστανται συμπτώματα ή άλλα ευρήματα ενδεικτικά μεταστάσεως στις περιοχές αυτές. Πρέπει να εκτελείται διαδερμική βιοψία ήπατος ή βιοψία αυτού στη διάρκεια περιτοναιοσκοπήσεως, αν τα άλλα ευρήματα παρέχουν υποψία, αλλά όχι τη βεβαιότητα ηπατικών μεταστάσεων, ιδίως αν η παρουσία αυτών μεταβάλλει το σχέδιο θεραπείας.

Αν οποτεδήποτε εμφανισθούν σημεία ή συμπτώματα πιέσεως του ΝΜ ή μηνιγγίτιδας, επί ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα οποιουδήποτε ιστολογικού τύπου, εκτελείται μυελογραφία και κυτταρολογική εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, για να αποφασισθεί αν απαιτείται τοπική θεραπεία στο σημείο πιέσεως (συνήθως ακτινοβολία) και χορηγούνται ενδορραχιαίως κυτταροστατικά (συνήθως μεθοτρεξάτη), αν ανευρεθούν κακοήθη κύτταρα. Επιπλέον γίνεται σπινθηρογράφημα εγκεφάλου με ραδιοϊσότοπα ή CT τομογραφία εγκεφάλου για αναζήτηση εγκεφαλικών μεταστάσεων, οι οποίες συχνά συνδέονται με πίεση ή μηνιγγίτιδα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΑΝΘΑΝΟΝΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. Όταν η κυτταρολο-

γική εξέταση πτυέλων, αποκαλύπτει κακοήθη κυτταρα, αλλά η ακτινογραφία θώρακα είναι φυσιολογική, η νόσος πρέπει να είναι εντοπισμένη.

Συχνά ανευρίσκεται καρκίνος IN SITU. Έτσι, προς το παρόν συνίσταται η πιο συντηρητική εκτομή που να επιτρέπει την αφαίρεση του όγκου και διατήρηση του πνευμονικού παρεγχύματος, ακόμη και όταν τα βρογχικά όρια είναι θετικά για καρκίνο IN SITU. Η 5ετής επιβίωση για τον λανθάνοντα καρκίνο είναι 6% περίπου.

Η. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Συμβουλές και σχεδιασμος προγράμματος για διακοπή καπνίσματος.
2. Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν με το ψυχικό τους τραύμα.
3. Προετοιμασία αρρώστου για διαγνωστικές εξετάσεις.
4. Χορήγηση κατευναστικών.
5. Υγιεινή στόματος, πρέπει να γίνεται συχνά, ειδικότερα αν υπάρχει απόχρεμψη. Χρησιμοποιείται υπερμαγγανικό κάλι ή μισοαραιωμένο υπεροξειδίο του υδρογόνου.
6. Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. Χορήγηση υγρών σύμφωνα με την εντολή για διατήρηση της υδάτωσης.
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων.
8. Προετοιμασία του αρρώστου για τη θεραπεία που επιλέχθηκε.
9. Χορήγηση αναλγητικών για τον πόνο.

Θ. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι.
 - α. Μείωση αγωνίας.

- β. Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διαγνωστική περίοδο.
 - γ. Ετοιμασία αρρώστου και οικογένειας για το πρόγραμμα θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χειρουργική, χημειοθεραπεία).
2. Μακροπρόθεσμοι.
- α. Διδασκαλία αρρώστου για φάρμακα, πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας, σημασία διακοπής καπνίσματος.
 - β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης.

I. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. Οι ασθενείς με στάδιο III M0 και εκείνοι με I και II, που δεν επιθυμούν εγχείρηση ή η εγχείρηση αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους πρέπει να εξετάζονται για ακτινοθεραπεία με σκοπό την ίαση.

Αντενδείξεις της ακτινοθεραπείας, που προσκοπεί στην ίαση, είναι γενικά οι απομακρυσμένες μεταστάσεις, οι θετικοί υπερκλείδιοι λεμφαδένες, το υποζωκοτικό υγρό και η καρδιακή συμμετοχή.

Σε επιλεγμένους ασθενείς πρέπει να χορηγούνται υψηλές δόσεις συνδυασμένης χημειοθεραπείας με ή χωρίς ακτινοβολία. Αυτή πρέπει να συνοδεύεται με υποστηρικτική αγωγή για τις λοιμώξεις, αιμορραγικές και λοιπές επιπλοκές. Για να τηρηθεί χαμηλή η θνητότητα από τη θεραπεία, είναι ουσιώδης η επιμελής συμμόρφωση στις λεπτομέρειες της θεραπείας και η καθημερινή φροντίδα του ασθενούς στη διάρκεια των πρώτων 6-12 εβδομάδων της αγωγής. Γι' αυτό η περίοδος της εφόδου πρέπει να επιβλέπεται από ογκολόγο. Προς το παρόν οι κανόνες της αρχικής χημειοθεραπείας μπορούν να συνοψισθούν ως εξής : 1. Πρέπει να χρησιμοποιείται συνδυασμός 3-4 από τους γνωστούς παράγοντες συγχρόνως. 2. Η αρχική συνδυασμένη χημειοθεραπεία χορηγείται

σε υψηλές δόσεις στη διάρκεια των πρώτων 6-8 εβδομάδων, έτσι ώστε να αναμένεται έντονη κοκκιοκυτταροπενία μέτρια έως σοβαρή θρομβοπενία. Μετά από την αρχική εντατική θεραπεία διενεργείται νέα σταδιοποίηση των ασθενών, για να διαπιστωθεί αν εμφανίσθηκε "πλήρης κλινική ύφεση", περιλαμβάνουσα πλήρη εξάλειψη όλων των κλινικά εμφανών βλαβών και παρανεοπλασματικών συνδρόμων ή μερική ύφεση ή έλλειψη αντιδράσεως ή συνέχιση της εξελίξεως του όγκου.

Τότε χορηγείται η χημειοθεραπεία "συντηρήσεως" στους αντιδράσαντες ασθενείς επί περίοδο 6-12 μηνών σε κύκλους των 3,4 ή 6 εβδομάδων, ανάλογα με το συνδυασμό που χρησιμοποιείται. Εκτελούνται οι κατάλληλες τροποποιήσεις των δόσεων, ώστε να τηρείται ο αριθμός των λευκοκυττάρων άνω των 2.000 κατά ML και των αιμοπεταλίων άνω των 50.000 κατά ML. Οι ασθενείς επανασταδιοποιούνται μεταξύ του 6ου και του 12ου μήνα, ανάλογα με το χορηγούμενο σχήμα.

Αν η πλήρης ύφεση εξακολουθεί, η χημειοθεραπεία διακόπτεται.

Υπάρχουν σαφείς παρενέργειες, οξείες και χρόνιες που πρέπει να αναμένονται επί χημειοακτινοθεραπείας, ιδίως αν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία χορηγούνται συγχρόνως. Έτσι ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αρχική αντιμετώπιση του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί ακόμη αντικείμενο κλινικής έρευνας.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ :

1. Ιατρική αξιολόγηση ατόμων με χρόνιο βήχα και χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις.
2. Ακτινογραφία θώρακα κάθε 6 μήνες στους βαριούς καπνιστές.

3. Αποφυγή καπνίσματος.
4. Αποφυγή έκθεσης σε μολυσμένη ατμόσφαιρα και ατμόσφαιρα με ερεθιστικές ουσίες.

Ια. ΠΡΟΛΗΨΗ

Επειδή οι πιθανότητες 5ετούς επιβιώσεως στον καρκίνο του πνεύμονα είναι κάτω από 10%, θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην πρόληψη. Η αποφυγή των τσιγάρων συνοδεύεται από προοδευτική μείωση του κινδύνου αναπτύξεως καρκίνου. Μετά από 15 χρόνια ο κίνδυνος των πρώην καπνιστών προσεγγίζει των μη καπνιστών.

Λογικές μελέτες απέδειξαν συσχετισμό παρουσίας άτυπων επιθηλιακών κυττάρων των αεροφόρων οδών και καρκίνο του πνεύμονος. Η κυτταρική ατυπία αφορά συνήθως ανώμαλες μορφές του πυρήνα, αποδείχθηκε δε ότι η ατυπία υποχωρεί και εξαφανίζεται μετά από διακοπή του καπνίσματος.

Ενδιαφέρουσα επίσης είναι η πληροφορία εμφανίσεως εκφυλισμένων κυττάρων σε άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα - μια κατηγορία κυττάρων - που δεν υπάρχει ούτε στους καπνιστές ούτε στους μη καπνιστές και πρέπει να αποδοθεί σε εξάρτηση των άτυπων προκαρκινικών κυττάρων στα καρκινογόνα του καπνού και την αυτοκαταστροφή τους μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του πνεύμονα που σχετίζονται στενότερα με το κάπνισμα τσιγάρων, είναι το ακανθοκυτταρικό (μαλπιγγιανό) και το αμετάπλαστο (μικροκυτταρικό) καρκίνωμα. Ιστολογικά ο μαλπιγγιανός καρκίνος δεν παρουσιάζεται ποτέ σε μη καπνιστές εκτός αν το άτομο βρισκόνταν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε περιβαλλοντι-

κές συνθήκες με ουσίες που προκαλούν αυτούς τους ιστολογικούς τύπους. Ο τύπος αυτός είναι ο πιο συχνός και πιο επιθετικός.

Εάν είναι βαρύς καπνιστής θα πρέπει να κάνει ακτινογραφία κάθε 6 μήνες για διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα στο αρχικό στάδιο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΔΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ερευνητική προσπάθεια πάνω στο θέμα "κάπνισμα και επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα" πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Πάτρας και άρχισε η συλλογή των πληροφοριών στον Μάρτιο του 1993 και τελείωσε τον του 199

Για την πραγματοποίηση της έρευνας κρίναμε απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, ενώ απορρίψαμε τη συνέντευξη, με τον τρόπο αυτό διασφάλισαμε την ανωνυμία. Υποχρεώνει την ερωτούμενη να επιλέξει μία ή περισσότερες από τις απαντήσεις που δίνονται με σύμβολο \boxed{X} ή \boxed{V}

Φροντίσαμε ώστε η συμπλήρωση του δικού μας ερωτηματολογίου να μην απαιτεί χρόνο μεγαλύτερο από 10 λεπτά, και να διακρίνεται από ιδιαίτερη φραστική απλότητα και σαφήνεια, γιατί πιστεύουμε ότι παίζει μεγάλο ρόλο στην επιτυχία μιας έρευνας η μορφή του ερωτηματολογίου.

Το δείγμα που χρησιμοποιήσαμε κατά την έρευνα που κάναμε αποτελούνταν από χίλια ανώνυμα ερωτηματολόγια, από αυτά 466 ήταν άνδρες ποσοστό 43,8% και 534 γυναίκες ποσοστό 57,2%.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας ήταν η εκατοστιαία αναλογία. Για την αξιοπιστία της έρευνας θα θέλαμε να σας τονίσουμε ότι προσπαθήσαμε να εξασφαλίσουμε την ανωνυμία των ερωτηθέντων χωρίς την επιλογή προσώπων.

Πίνακας 1 : Κατανομή 1.000 ερωτηθέντων σε συνάρτηση με το φύλλο.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ

ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	1000
ΑΝΔΡΕΣ	466
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	534

Από τον πίνακα 1 φαίνεται ότι 534, ποσοστό 53,4% ήταν γυναίκες ενώ οι 466, ποσοστό 46,6% ήταν άνδρες.

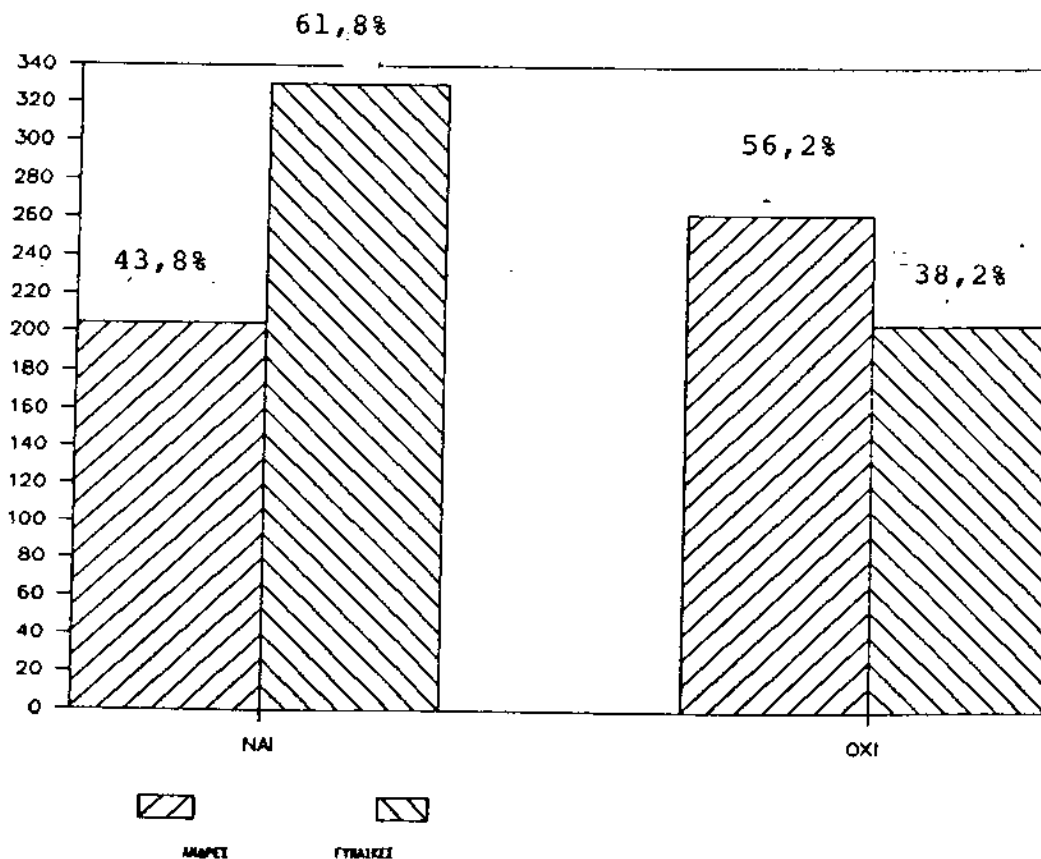
Πίνακας 2 : Διαχωρισμός 1.000 ερωτηθέντων σε καπνιστές και μη καπνιστές.

ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ

		466		534		1000	
ΕΡΩΤΗΣΗ 1)		ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
1	ΝΑΙ	204	43,8	330	61,8	534	53,4
2	ΟΧΙ	262	56,2	204	38,2	466	46,6

Στον πίνακα 2, φαίνεται ότι οι 262 άνδρες, ποσοστό 56% δεν καπνίζουν, ενώ οι 330 γυναίκες, ποσοστό 61,8% καπνίζουν.

Σχήμα 1

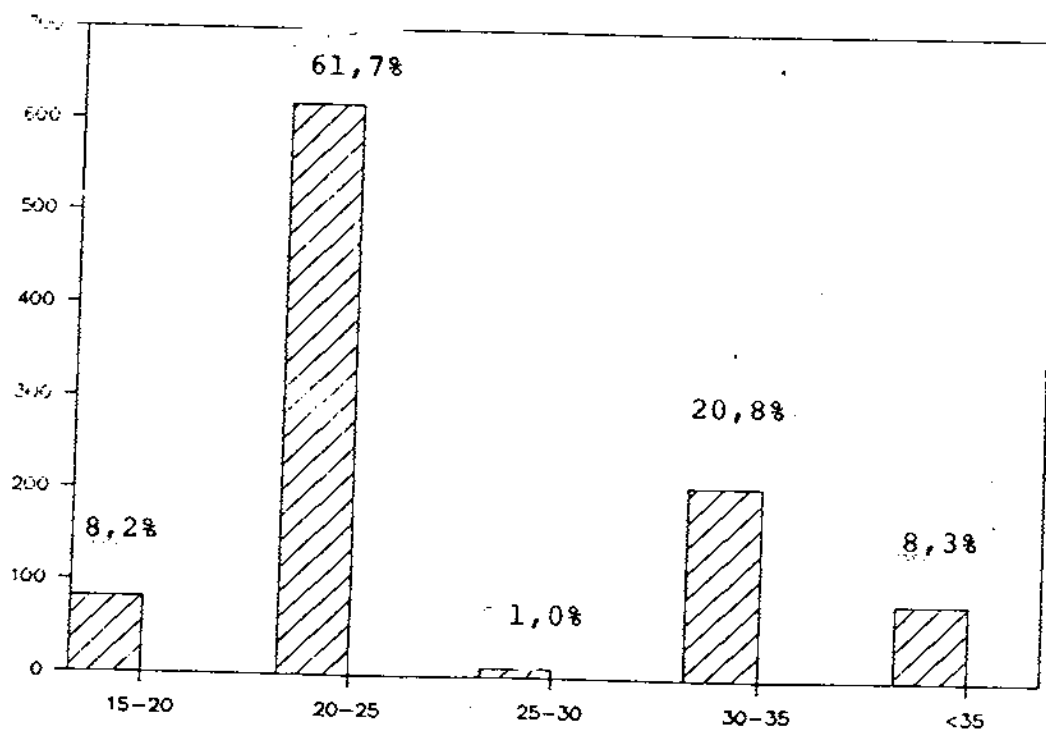


Πίνακας 3 : Κατανομή 1.000 ερωτηθέντων σε συνάρτηση με την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ		1000
ΕΡΩΤΗΣΗ 3)		ΣΥΝΟΛΟ
1	15-20 ΕΤΩΝ	82
2	20-25	617
3	25-30	10
4	30-35	208
5	35 ΚΑΙ ΑΝΩ	83

Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι οι 617, ποσοστό 61,7% ήταν ηλικίας 20-25 ετών, οι 208, ποσοστό 20,8% ήταν ηλικίας 30-35 ετών.

Σχήμα 2

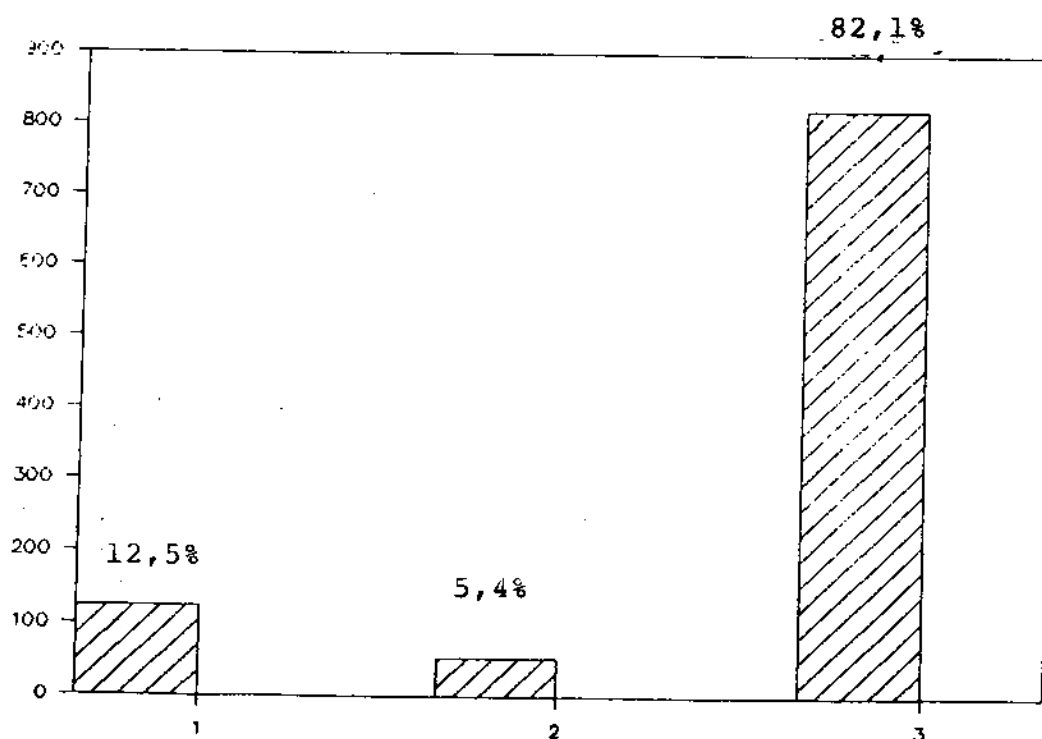


Πίνακας 4 : Κατανομή 1.000 ερωτηθέντων σε συνάρτηση με το επάγγελμα.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		1000
ΕΡΩΤΗΣΗ 6)		ΣΥΝΟΛΟ
1	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	125
2	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	54
3	ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ	821

Εντον πίνακα 4, φαίνεται ότι οι 821 ποσοστό 82,1% ήταν σπουδαστές, οι 125 ποσοστό 12,5% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και οι 54, ποσοστό 5,4% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Σχήμα 3

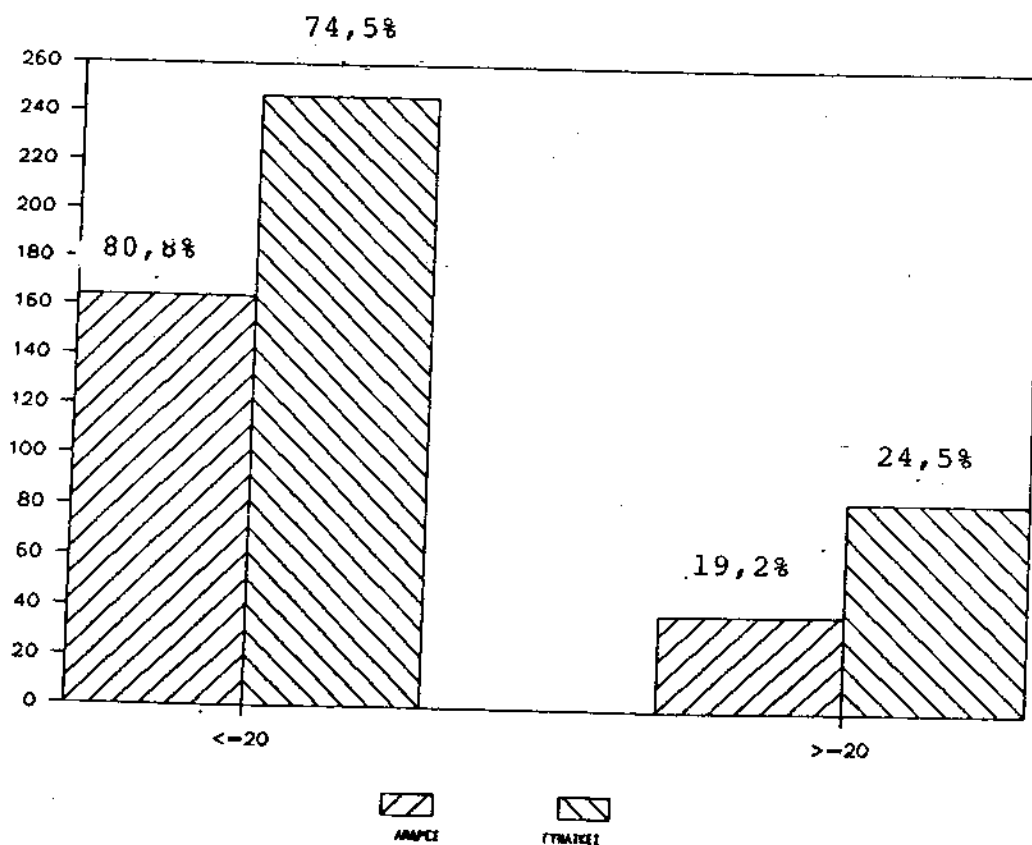


Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με τα έτη που καπνίζουν.

ΕΤΗ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ		204		330		534	
		ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
1	<= 20 ΕΤΗ	165	80,8	247	74,5	411	76,9
2	>= 20 ΕΤΗ	39	19,2	84	24,5	123	23,1

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι οι 165 άνδρες, ποσοστό 80,8% καπνίζουν περισσότερο από 20 έτη ενώ οι 247 γυναίκες, ποσοστό 74,5% καπνίζουν περισσότερο από 20 έτη.

Σχήμα 4



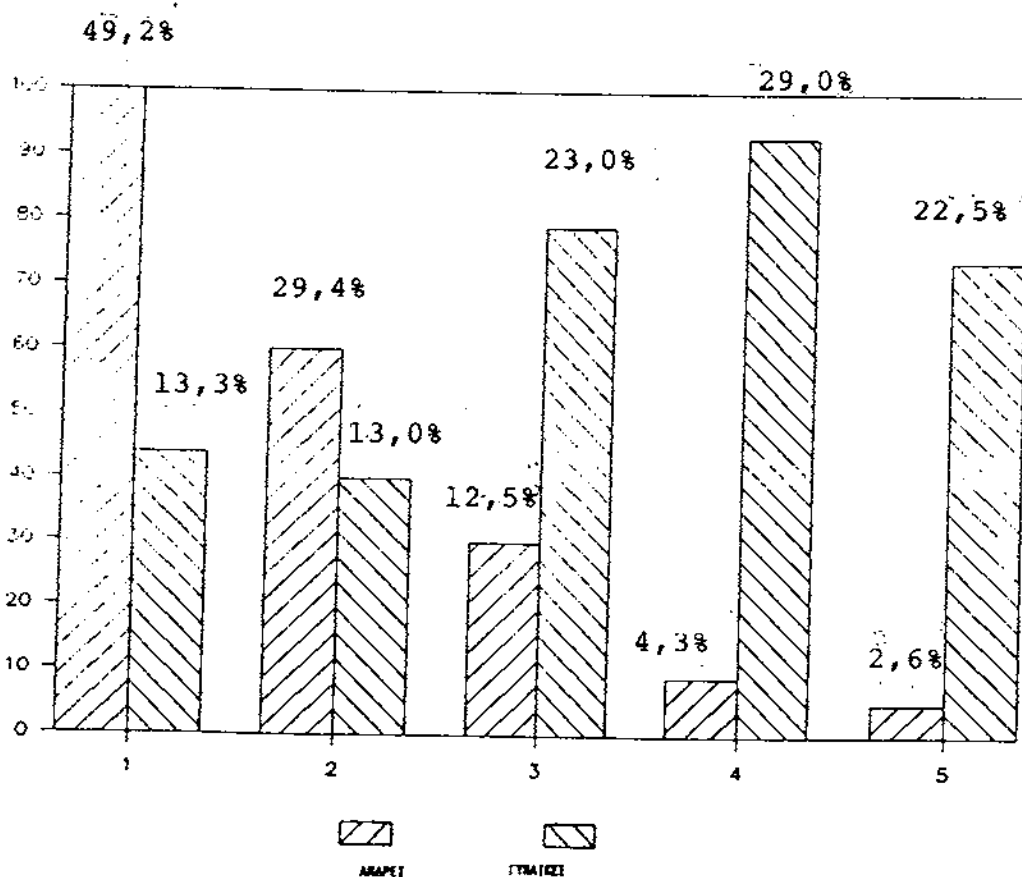
Πίνακας 6 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την αιτία έναρξης του καπνίσματος.

ΓΙΑΤΙ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ :

ΕΡΩΤΗΣΗ 10)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
1 ΑΠΟ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	100	49,2	44	13,3	144	27,0
2 ΚΑΠΝΙΖΑΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝ	60	29,4	40	13,0	100	18,8
3 " ΟΙ ΦΙΛΟΙ	30	12,5	79	23,0	109	20,5
4 ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΗ ΣΤΙΓΜΗ	9	4,3	93	29,0	102	19,1
5 ΚΑΠΝΙΖΕ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	5	2,6	74	22,5	79	14,6

Στον πίνακα 6 φαίνεται ότι οι 100 άνδρες, ποσοστό 49,2% άρχισαν το κάπνισμα από περιέργεια ενώ οι 93 γυναίκες, ποσοστό 29,0% άρχισαν το κάπνισμα σε κάποια δύσκολη στιγμή.

Σχήμα 5



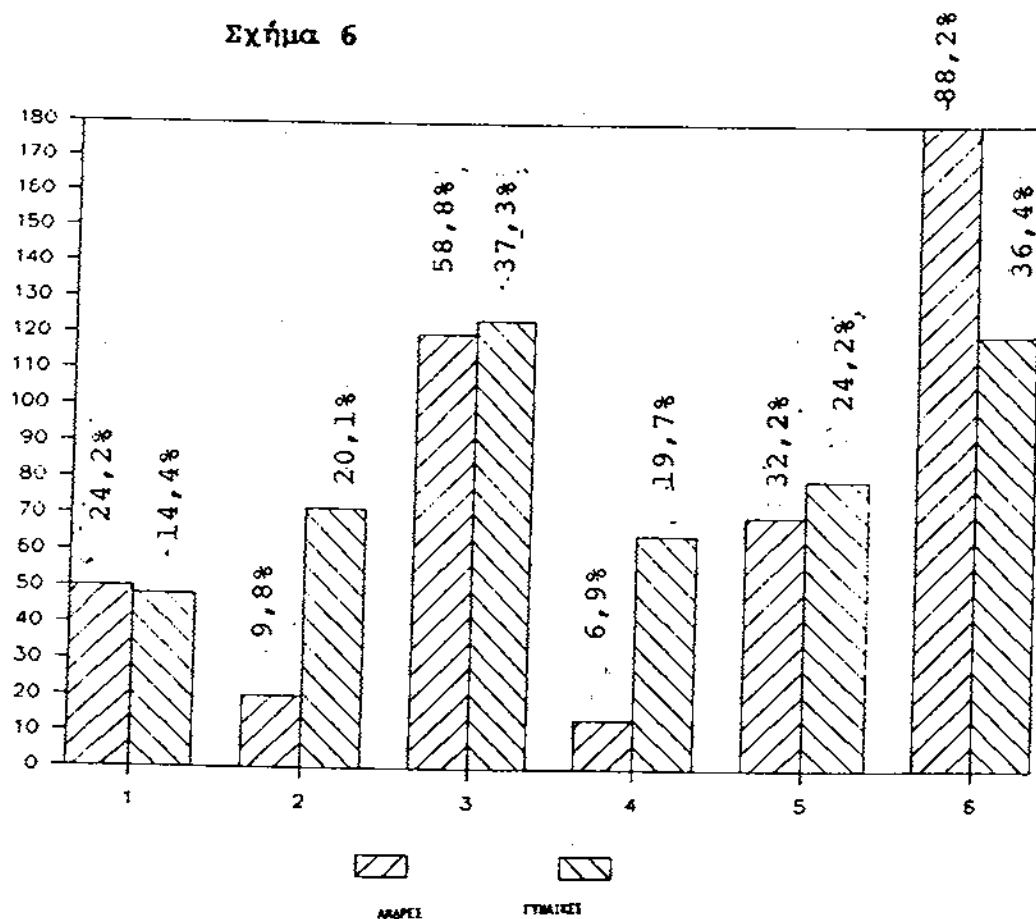
Πίνακας 7 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με τις συνθήκες που καπνίζουν.

ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ

		204	330	534
ΕΡΩΤΗΣΗ 11)		ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1	ΑΓΧΟΣ	50	48	98
2	ΦΟΒΟ	20	72	92
3	ΣΥΓΚΙΝΗΣΗ	120	124	244
4	ΧΑΡΑ	14	65	79
5	ΣΥΝΗΘΕΙΑ	70	80	150
6	ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	180	120	300

Στον πίνακα 7 φαίνεται ότι οι άνδρες καπνίζουν σε άγχος, φόβο, συγκίνηση χαρά και συνήθεια ενώ οι 124 γυναίκες, ποσοστό 37,3% καπνίζουν σε συγκίνηση.

Σχήμα 6



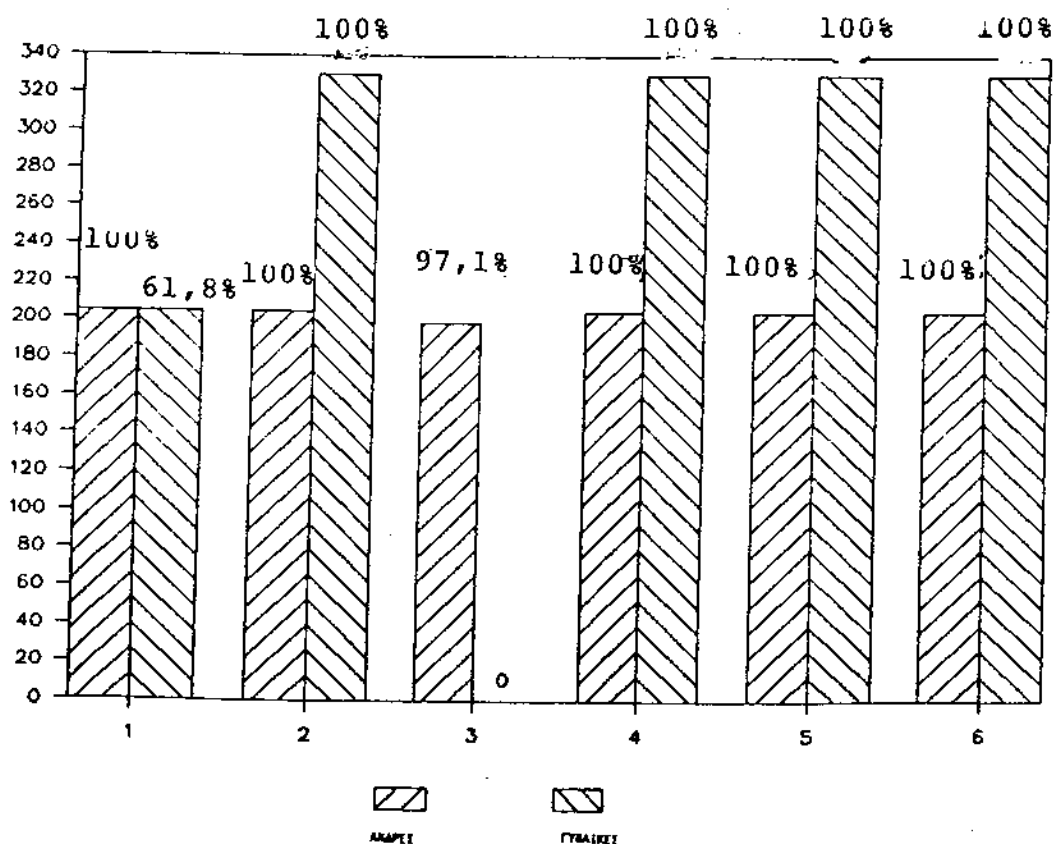
Πίνακας 8 : Κατανομή των καπνιστών σε συνάρτηση με το χώρο που καπνίζουν.

ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;

		204	330
ΕΡΩΤΗΣΗ 12)		ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚ
1	ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	204	204
2	ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ	204	330
3	ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	198	-
4	ΣΤΗΝ ΚΑΦΕΤΕΡΙΑ	204	330
5	ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ	204	330
6	ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	204	330

Στον πίνακα 8 φαίνεται ότι οι 204 άνδρες, ποσοστό 100% καπνίζουν σ'όλους τους χώρους ενώ οι 330 γυναίκες ποσοστό 100% δεν καπνίζουν καθόλου στο δρόμο.

Σχήμα 7



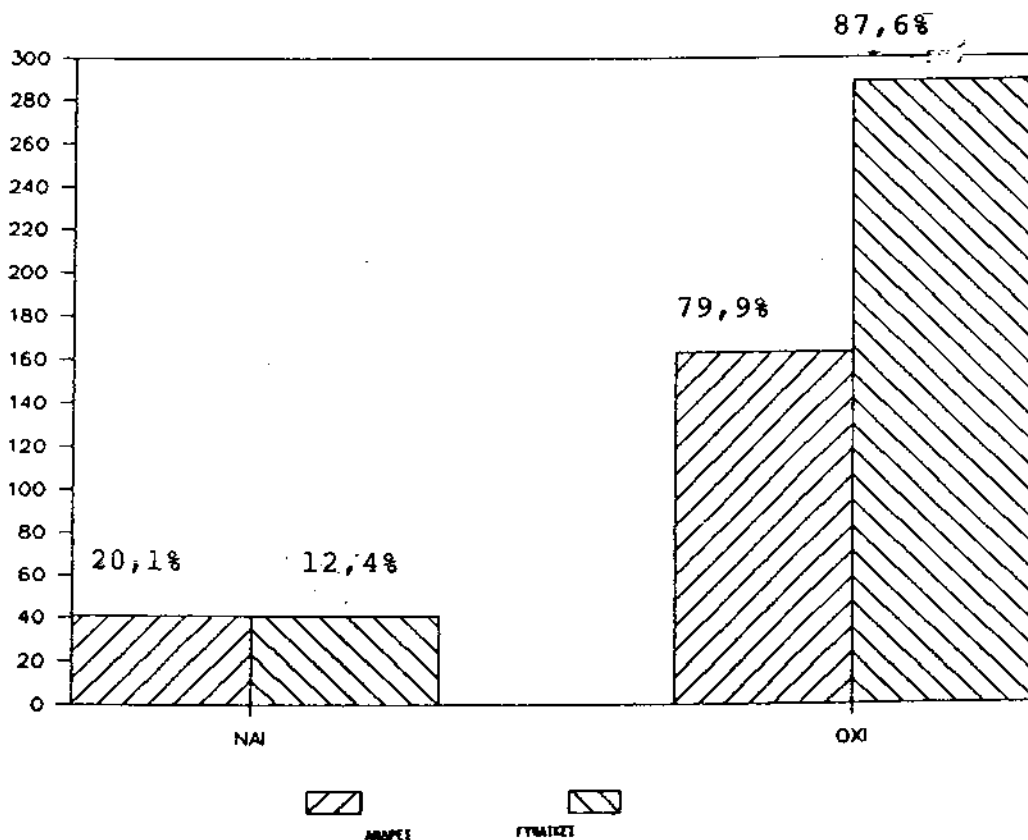
Πίνακας 9 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την απήχηση της ένδειξης "το κάπνισμα βλάπτει την υγεία".

ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ Η ΕΝΔΕΙΞΗ "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ";

		204		330		534	
ΕΡΩΤΗΣΗ 15)		ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
1	ΝΑΙ	41	20,1	41	12,4	82	15,3
2	ΟΧΙ	163	79,9	289	87,6	452	84,7

Στο πίνακα 9 φαίνεται ότι οι 163 άνδρες, ποσοστό 79,9% και οι 289 γυναίκες, ποσοστό 87,6% δεν επηρεάστηκαν από την παραπάνω ένδειξη.

Σχήμα 8



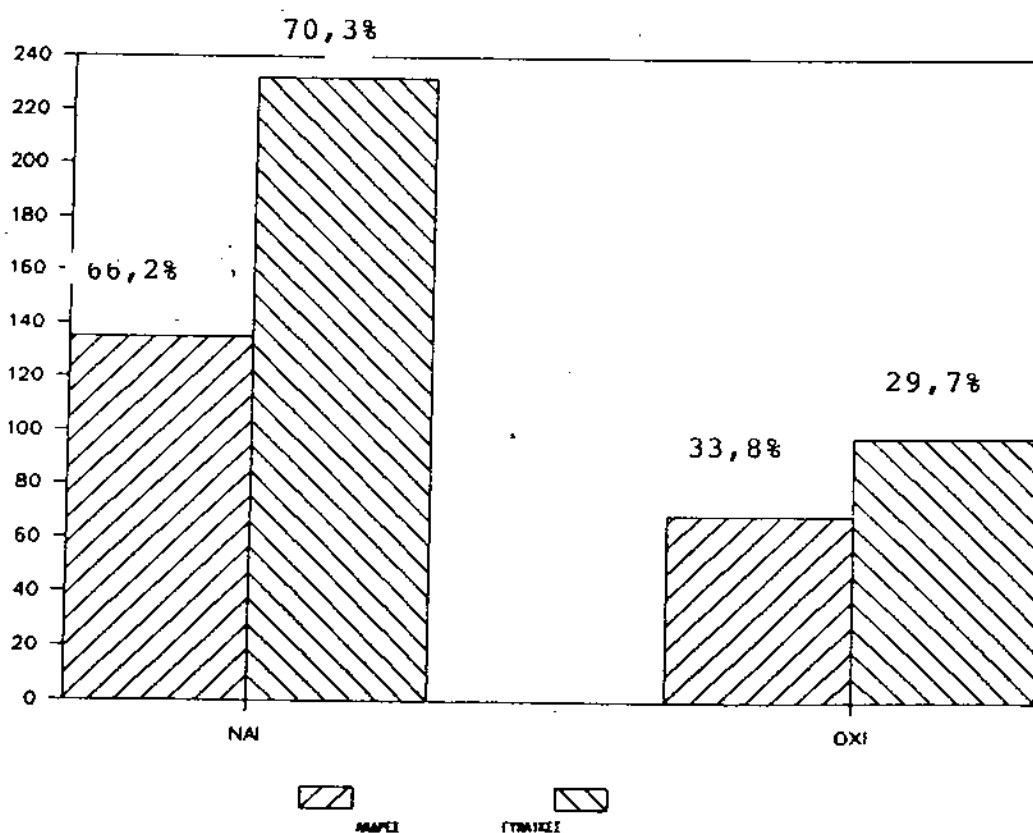
Πίνακας 10 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΕΤΕ :

ΕΡΩΤΗΣΗ 20)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΝΑΙ	135	66,2	232	70,3	367	68,7
ΟΧΙ	69	33,8	98	29,7	167	31,3

Στον πίνακα 10 φαίνεται ότι οι 135 άνδρες, ποσοστό 66,2% και οι 232 γυναίκες ποσοστό 70,3%, προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα.

Σχήμα 9



Πίνακας 11 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με το τύπο προτίμησης τσιγάρου

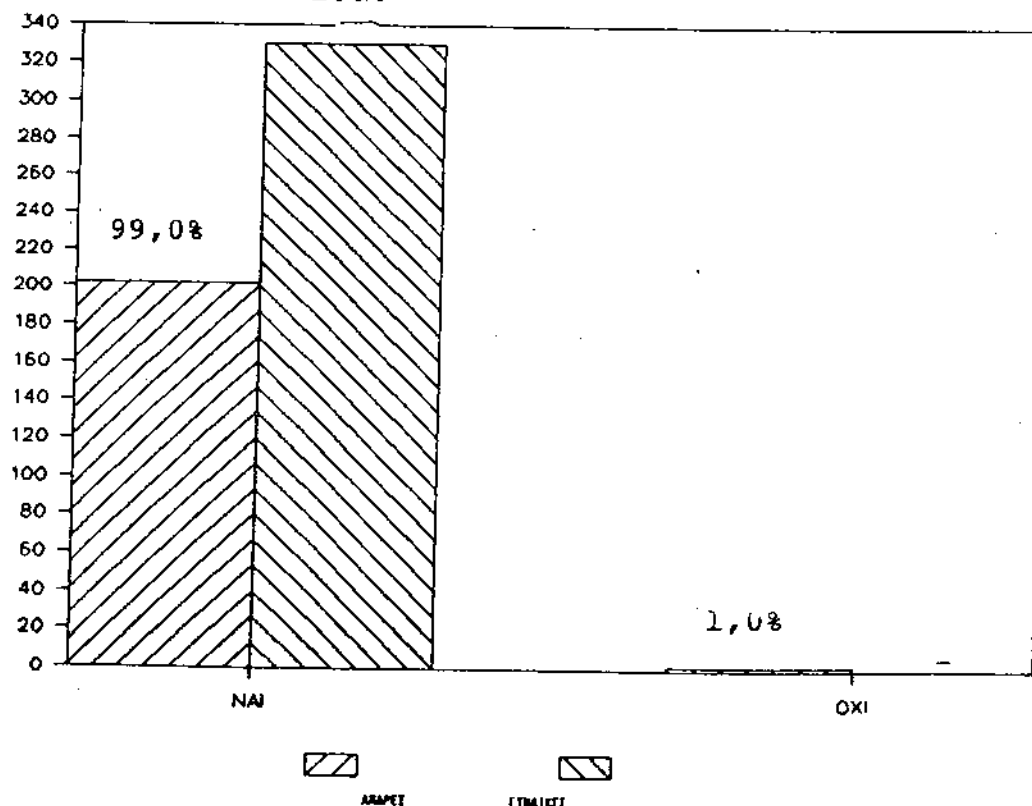
ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 23)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%
ΝΑΙ	202	99,0	330	-	532	99,6
ΟΧΙ	2	1,0	-	-	2	0,4

Στον Πίνακα 11 φαίνεται ότι οι 202 άνδρες, ποσοστό 99,0%, προτιμούν τσιγάρο με φίλτρο ενώ οι 330 γυναίκες, ποσοστό 100%, προτιμούν τσιγάρο με φίλτρο.

Σχήμα 10

100%



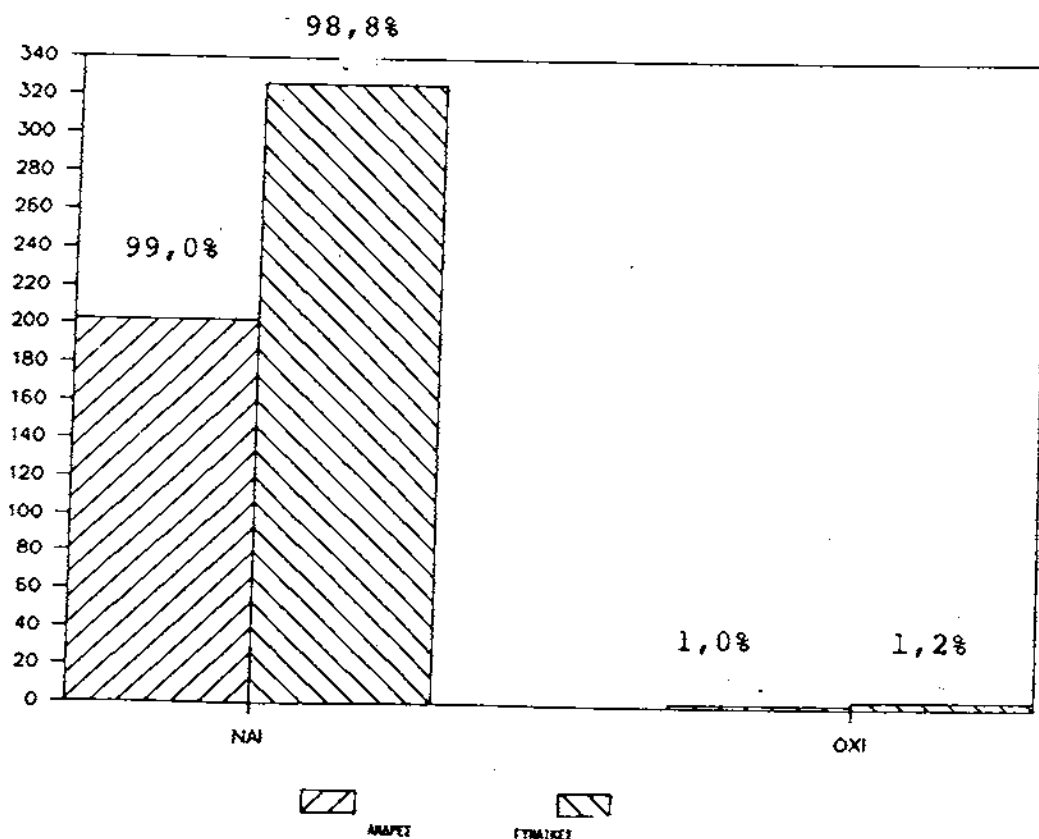
Πίνακας 12 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την επιρροή του αθλητή από το κάπνισμα.

ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Ο ΑΘΛΗΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ;

ΕΡΩΤΗΣΗ 24)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
	202	99,0	326	98,8	528	98,9
	2	1,0	4	1,2	6	1,1

Στον πίνακα 12 φαίνεται ότι οι 202 άνδρες, ποσοστό 99,0% και οι 326 γυναίκες, ποσοστό 98,8% πιστεύουν ότι ο αθλητής επηρεάζεται από το κάπνισμα στην επίδοσή του.

Σχήμα 11



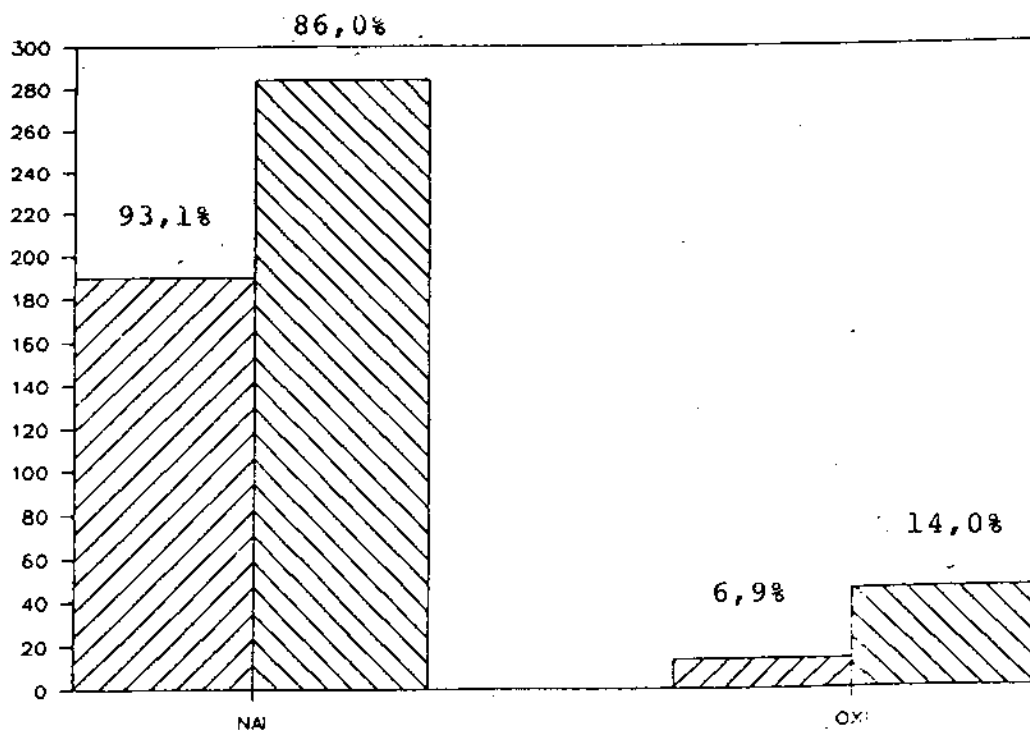
Πίνακας 13 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με το σεβασμό που δείχνουν σε αντικαπνιστικούς χώρους.

ΣΕΒΕΣΤΕ ΤΟ ΧΩΡΟ ΟΠΟΥ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ:

Ρ Ω Τ Η Σ Η 25)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
	190	93,1	284	86,0	474	88,8
	14	6,9	46	14,0	60	11,2

Στον πίνακα 13 φαίνεται ότι οι 190 άνδρες, ποσοστό 93,1% και οι 284 γυναίκες, ποσοστό 86,0% σέβονται και τηρούν τις αντικαπνιστικές υποδείξεις.

Σχήμα 12



Πίνακας 14 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την πιθανή επανέναρξη του καπνίσματος σε κάποιο σοβαρό πρόβλημα.

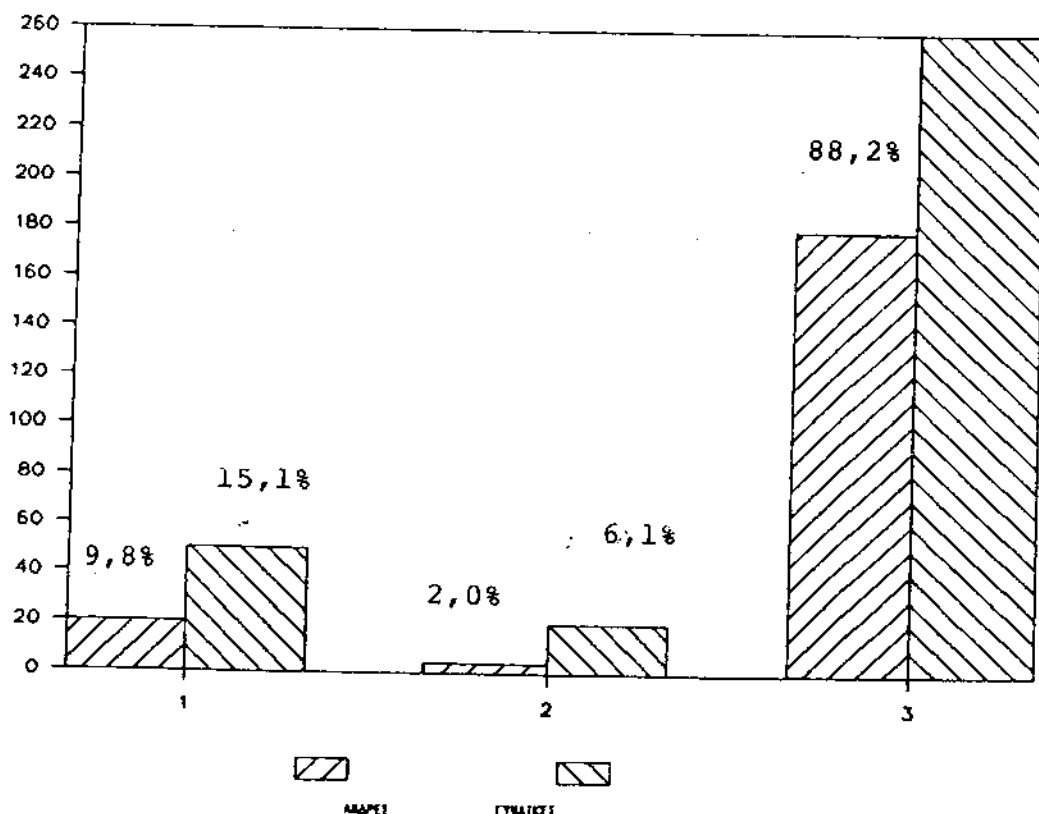
ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΚΩΦΕΙ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΚΑΙ ΣΥΝΕΒΑΙΝΕ ΚΑΤΙ ΣΟΒΑΡΟ
ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΙΑΣ ΘΑ ΤΟ ΞΑΝΑΡΧΙΖΑΤΕ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 26)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΝΑΙ	20	9,8	50	15,1	70	13,1
ΟΧΙ	4	2,0	20	6,1	24	4,5
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	180	88,2	260	78,8	440	82,4

Στον πίνακα 14 φαίνεται ότι οι 180 άνδρες, ποσοστό 88,2% και οι 260 γυναίκες ποσοστό 78,8% απάντησαν ότι δε ξέρουν τι θα έκαναν σε τέτοια περίπτωση.

Σχήμα 13

78,8%



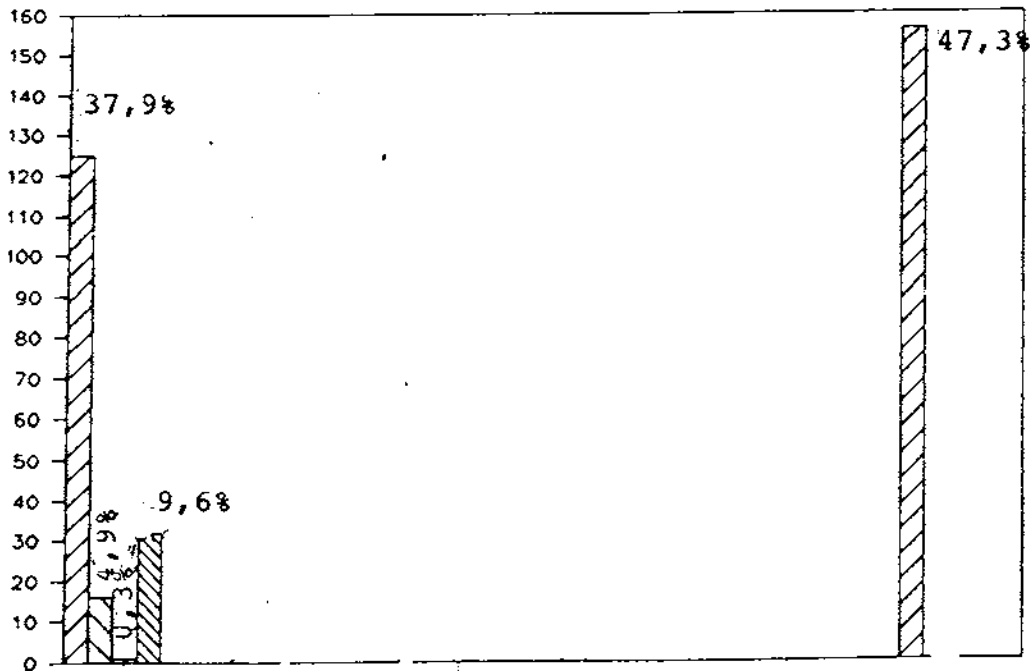
Πίνακας 15 : Κατανομή 330 καπνιστριών γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις που παρουσιάστηκαν στο νεογνό.

ΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΑΣ ΚΑΠΝΙΖΑΤΕ
ΠΟΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ;

		330	
Ε Ρ Ω Τ Η Σ Η 27)		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%
1	ΕΛΛΕΙΠΟΒΑΡΕΣ ΝΕΟΓΝΟ	125	37,9
2	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜ.	16	4,9
3	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	1	0,3
4	ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΝΙΚΟΤΙΝΗ	32	9,6
5	ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΟ	-	-
6	ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΟ	156	47,3

Στον πίνακα 15 φαίνεται ότι στις 156 περιπτώσεις γυναικών, ποσοστό 47,3% δεν παρουσιάστηκε πρόβλημα στο νεογνό ενώ οι 125 γυναίκες, ποσοστό 37,9% γέννησαν ελλειποβαρείς νεογνό.

Σχήμα 14



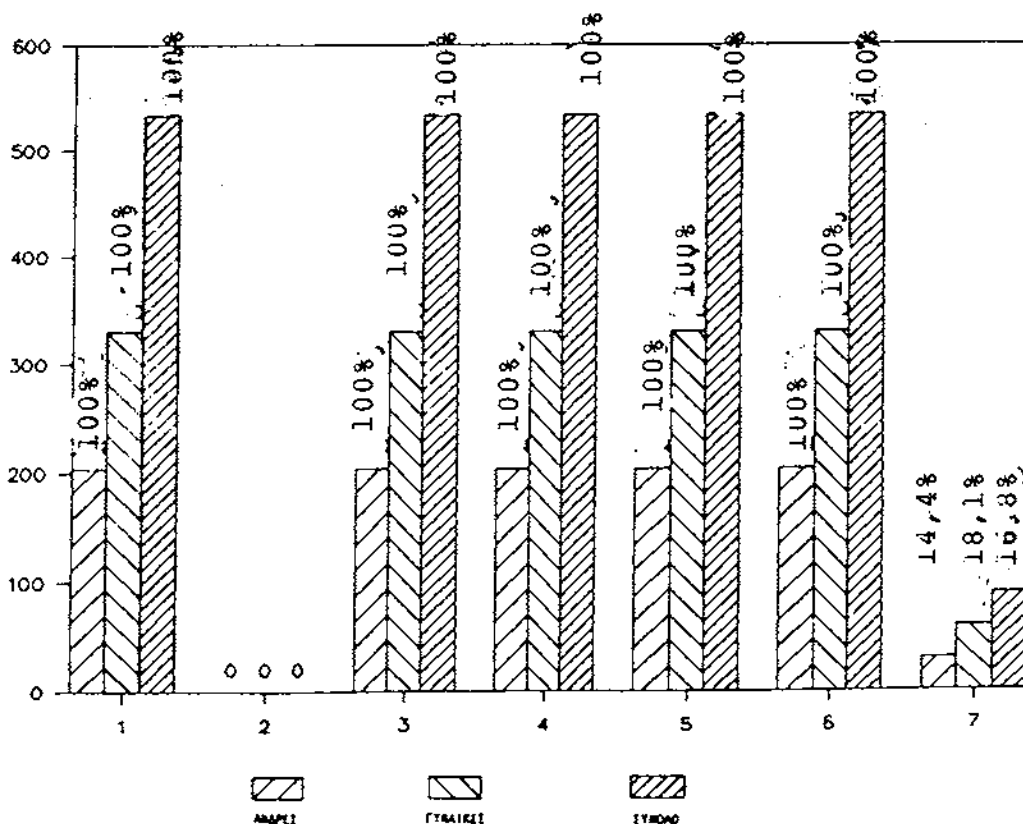
Πίνακας 16 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την επίγνωση συμπτωμάτων στους παθητικούς καπνιστές.

ΠΟΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΞΕΡΕΤΕ ΟΤΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 28)	204		330		534
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΙΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΙΣ
ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ	204		330		534
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠ' ΤΗ ΜΥΤΗ	-		-		-
ΕΛΑΤ. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤ. ΙΚΑΝΟΤ.	204		330		534
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	204		330		534
ΑΥΞΗΣΗ ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗΣ	204		330		534
ΕΥΚΟΛΗ ΚΟΠΩΣΗ	204		330		534
ΑΓΓΕΙΚΟΜΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡ.	30		60		90

Στον πίνακα 16 φαίνεται ότι οι 204 άνδρες και οι 330 γυναίκες ποσοστό 100% γνωρίζουν ότι οι παθητικοί καπνιστές εμφανίζουν ερεθισμό στα μάτια, ελαττωμένη αναπνευστική ικανότητα, C.A. πνεύμονα, αύξηση Α.Π. και εύκολη κόπωση.

Σχήμα 15



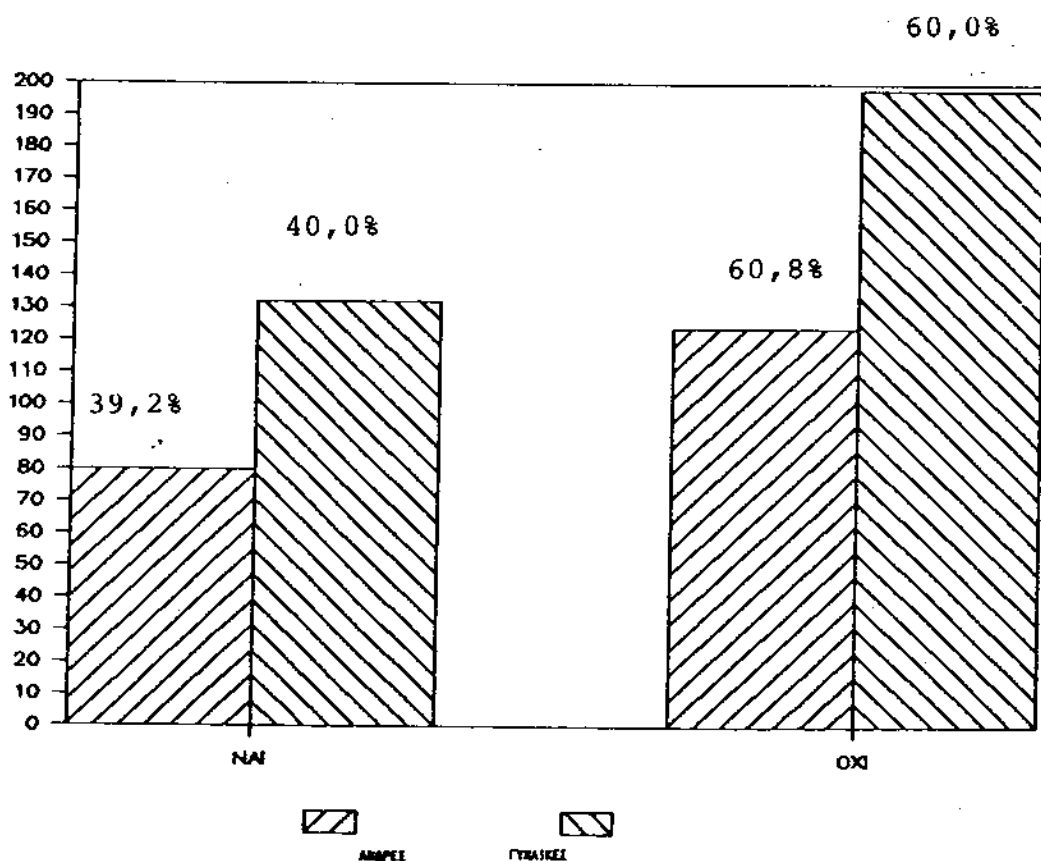
Πίνακας 17 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με τη παράμετρο αύξησης του κόστους των τσιγάρων.

ΒΛΕΠΕΤΕ ΣΑΜ ΑΝΑΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΝ ΑΝΟΔΟ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 29)	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΑΙ	80	39,2	132	40,0	212	39,7
ΟΙ	124	60,8	198	60,0	322	60,3

Στον πίνακα 17 φαίνεται ότι οι 124 άνδρες, ποσοστό 60,8% δε επηρεάζονται από την αύξηση του κόστους των τσιγάρων ενώ οι 198 γυναίκες, ποσοστό 60,0% επίσης δεν επηρεάζονται από την αύξηση του κόστους των τσιγάρων.

Σχήμα 16



Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με τα μέτρα προτίμησης για τη πρόληψη του καπνίσματος.

ΠΟΙΑ ΜΕΤΡΑ ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΥΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 30)	204	330	534
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕΣ ΕΚΠΟΜΠΕΣ	204	330	534
2 ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤ. ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	32	24	56
3 ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ	204	200	404
4 ΕΝΗΜΕΡ. ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ	204	330	534
5 ΑΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ	64	89	153

ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ

ΓΥΝΑΙΚΕΣ :

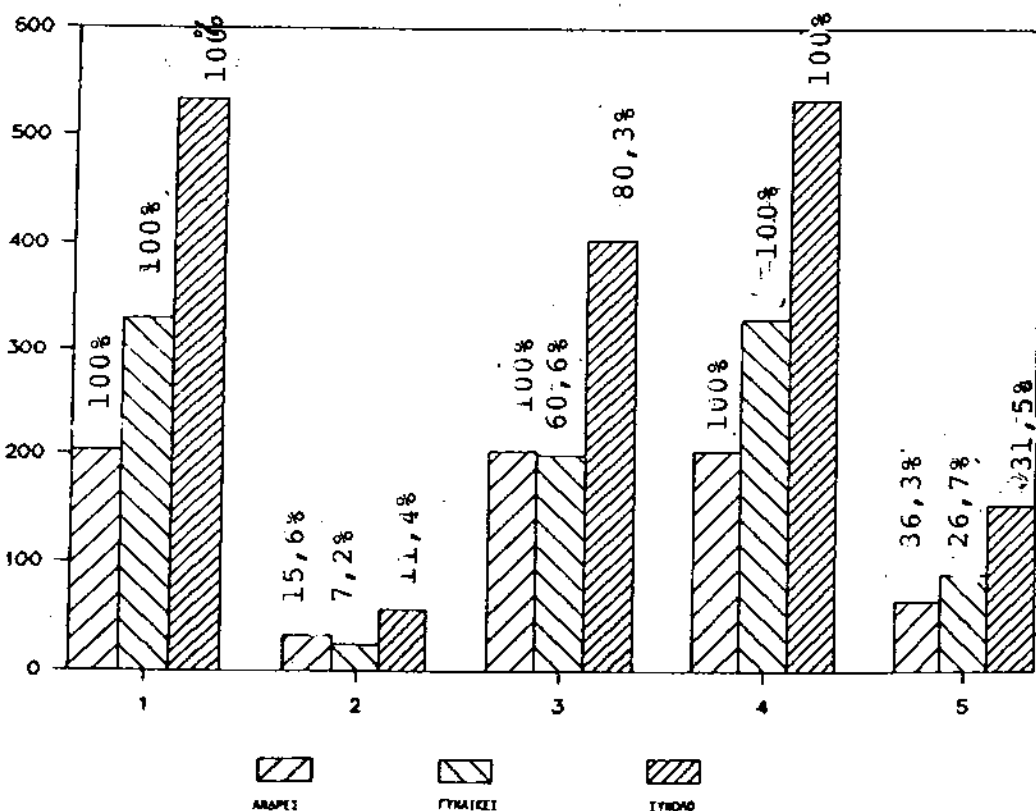
ΑΝΔΡΕΣ :

ΤΕΡΑΣΤΙΑ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ
ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ
ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ Ο ΚΑΠΝΟΣ ΕΙΔΟΣ ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΟΥ

ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ
ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΛΑΦΡΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ
ΟΠΟΙΟΣ ΚΑΠΝΙΖΕΙ ΝΑ ΤΟΝ ΤΙΜΩΡΟΥΝ

Στο πίνακα 18, φαίνεται ότι οι 204 άνδρες, ποσοστό 100 % προτείνουν ενημερωτικές εκπομπές, φυλλάδια και ενημέρωση στα σχολεία, ενώ οι 330 γυναίκες ποσοστό 100% προτείνουν ενημερωτικές εκπομπές και ενημέρωση στα σχολεία.

Σχήμα 17



Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την ενημέρωση του κοινού και τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι παθητικοί καπνιστές.

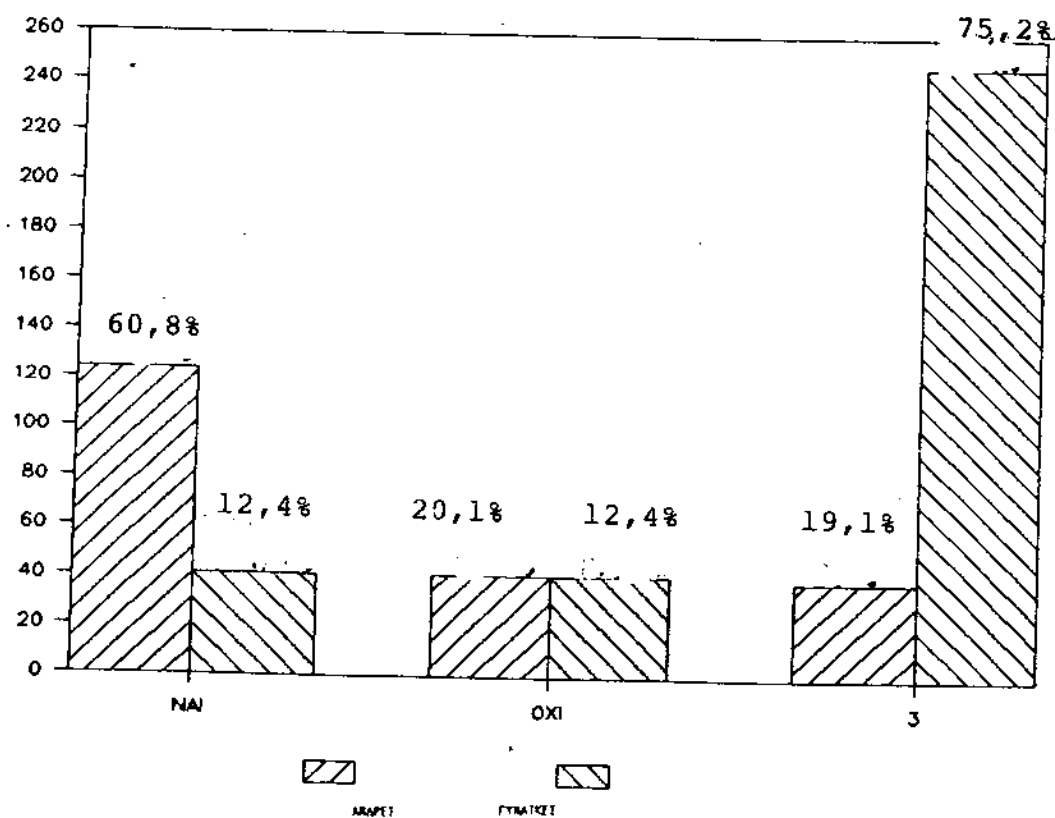
ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΕΙΠΗΣ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;

ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΞΕΡΕΤΕ ΟΤΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ;

ΕΡΩΤΗΣΗ 13-28	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΞΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	124	60,8	41	12,4	165	30,9
ΞΕΡΟ	41	20,1	41	12,4	82	15,3
	39	19,1	248	75,2	287	53,8

Στον πίνακα 19 φαίνεται ότι οι 124 άνδρες, ποσοστό 60,8% βρίσκουν ελλιπή την ενημέρωση του κοινού για το κάπνισμα και γνωρίζουν οι παθητικές καπνιστές παρουσιάζουν ερεθισμό στα μάτια, αύξηση Α.Π., ελαττωμένη αναπνευστική ικανότητα. Οι 248 γυναίκες, ποσοστό 75,2% δεν ξέρουν και γνωρίζουν ότι οι παθητικοί καπνιστές παρουσιάζουν ερεθισμό στα μάτια, ελαττωμένη αναπνευστική ικανότητα και CA πνεύμονα.

Σχήμα 18



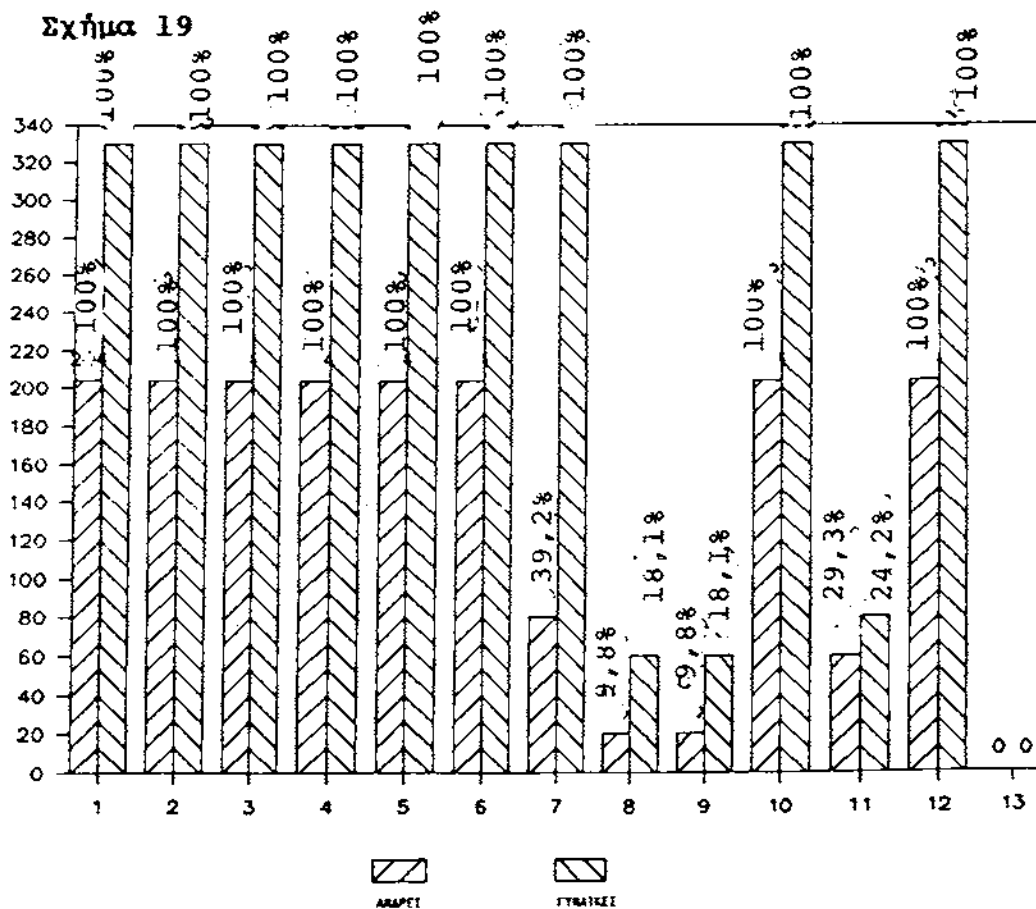
Πίνακας 20 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την ενημέρωσή τους, για τις συνέπειες του καπνίσματος και τις ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα.

ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΣΤΕ ΓΙΑ ΤΙΣ ΒΛΑΒΗΡΙΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

ΠΟΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 14-22	204		330	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ: ΓΟΝΕΙΣ - ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ - ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ - ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ ΒΙΒΛΙΑ - ΕΝΤΥΠΑ				
1 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	204	-	330	-
2 ΣΤΗΘΑΡΧΗ - ΕΜΦΡΑΓΜΑ	204	-	330	-
3 ΠΕΡΙΦ. ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	204	-	330	-
4 ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ	204	-	330	-
5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ	204	-	330	-
6 " ΛΑΡΥΓΓΑ	204	-	330	-
7 " ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	80	-	330	-
8 " ΟΥΡ. ΚΥΣΤΕΩΣ	20	-	60	-
9 " ΗΠΑΤΟΣ	20	-	60	-
10 " ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	204	-	330	-
11 " ΝΕΦΡΩΝ	60	-	80	-
12 " ΜΗΤΡΑΣ	204	-	330	-
13 ΔΕΝ ΞΕΡΩ	-	-	-	-

Ον πίνακα 20 φαίνεται ότι οι 204 άνδρες ποσοστό 100% και οι 330 γυναίκες ποσοστό 100% γνωρίζουν ότι οι ασθένειες του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού συστήματος οφείλονται στο κάπνισμα. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες έχουν ενημερωθεί από γονείς, καθηγητές, Μ.Μ.Ε., συναναστροφές και έντυπα.



Πίνακας 21 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν την ημέρα και των συμπτωμάτων που εμφανίζουν.

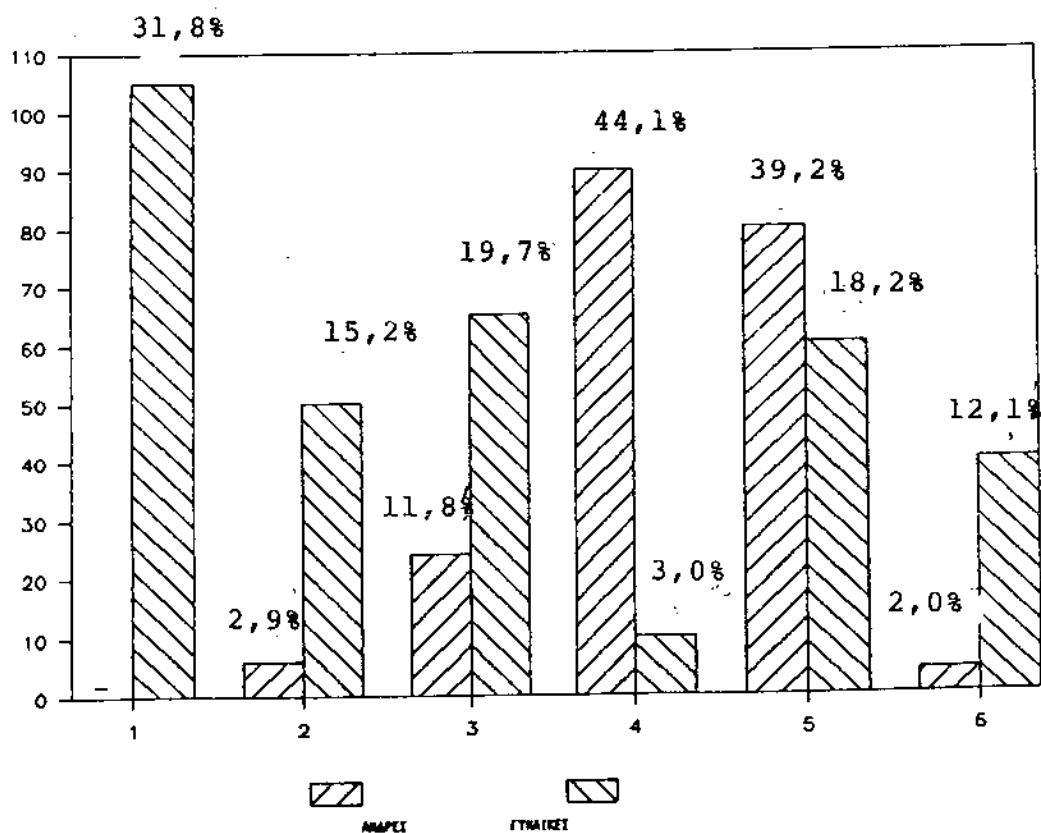
ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 16-19	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΒΗΧΑ ΕΜΜΕΤΟΙ			ΒΗΧΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑ		ΒΗΧΑ ΕΜΜΕΤΟΙ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	
1 ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 10	-	-	105	31,8	105	19,7
2 10	6	2,9	50	15,2	56	10,5
3 15	24	11,8	65	19,7	89	16,7
4 ΕΝΑ ΠΑΚΕΤΟ	90	44,1	10	3,0	100	18,7
5 ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΑ	80	39,2	60	18,2	140	26,2
6 ΑΠΟ ΤΩΝ ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΩΝ	4	2,0	40	12,1	44	8,2

ΑΡΧΙΣΑΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΚΑΤΩ ΑΠΟ 20 ΕΤΩΝ

Στον πίνακα 21, φαίνεται ότι οι 90 άνδρες, ποσοστό 44,1% καπνίζουν ένα πακέτο ενώ οι 105 γυναίκες ποσοστό 31,8% καπνίζουν λιγότερο από 10. Οι άνδρες παρουσιάζουν βήχα-έμετο και οι γυναίκες βήχα-ανορεξία.

Σχήμα 20



Πίνακας 22 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος και προβλήματος υγείας.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

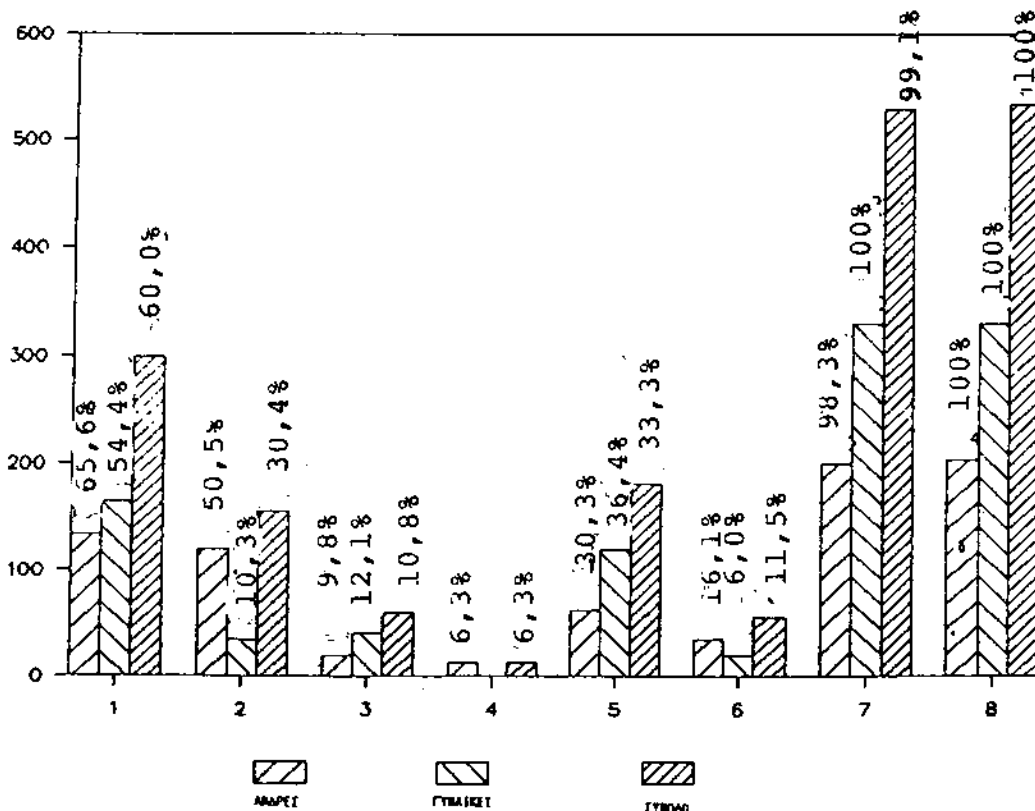
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟ

		204	330	534
ΕΡΩΤΗΣΗ 18-19		ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1	ΒΗΧΑΣ	134	165	299
2	ΑΠΟΧΡΕΜΨΗ	120	35	155
3	ΑΣΜΑ	20	40	60
4	ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ	13	-	13
5	ΑΝΟΡΕΞΙΑ	62	120	182
6	ΕΜΜΕΤΟΙ	35	20	55
7	ΔΥΣΟΣΜΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	200	330	530
8	ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΟΧΗ	204	330	534

ΑΡΧΙΣΑΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ 20 ΧΡΟΝΟΝ
ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΧΡΟΝΙΑ

Στον πίνακα 22, φαίνεται οι 204-200 άνδρες ποσοστό 100% - 99,1% αντίστοιχα παρουσίασαν ελαττωμένη αντοχή και δυσσομία στόματος, ενώ οι 330 γυναίκες ποσοστό 100% παρουσίασαν δυσσομία στόματος και ελαττωμένη αντοχή.

Σχήμα 21



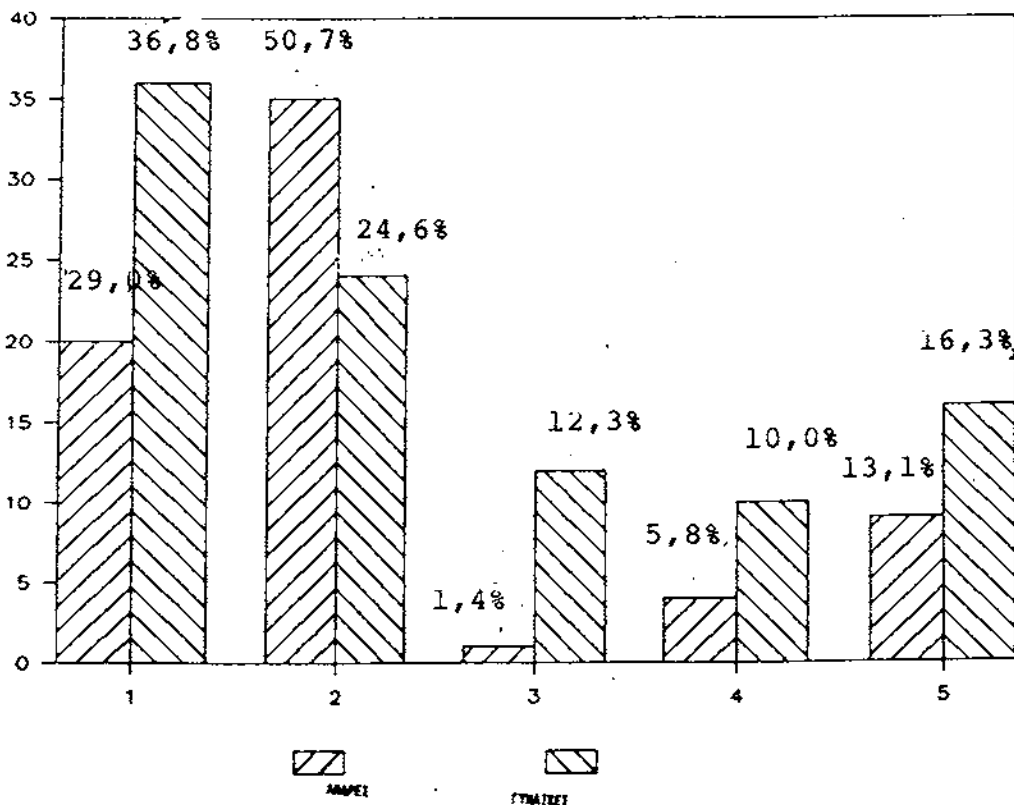
Πίνακας 23 : Κατανομή ερωτηθέντων καπνιστών σε συνάρτηση με την αιτία της μη διακοπής του καπνίσματος.

ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ ΝΑ ΚΩΤΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ:

ΕΡΩΤΗΣΗ 20-21	204		330		534	
	ΑΝΔΡΕΣ [69]	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ [98]	%	ΣΥΝΟΛΟ [167]	%
ΛΟΓΩ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ	20	29,0	36	36,8	56	33,5
ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΩ ΣΚΕΦΘΕΙ	35	50,7	24	24,6	59	35,3
ΛΟΓΩ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ	1	1,4	12	12,3	13	7,8
ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΩ	4	5,8	10	10,0	14	8,4
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	9	13,1	16	16,3	25	15,0

Στον πίνακα 23 φαίνεται ότι από τους 69 άνδρες, οι 35, ποσοστό 50,7% δεν είχαν σκεφθεί ποτέ τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ από τις 98 γυναίκες οι 36, ποσοστό 36,8% λόγω αδυναμίας.

Σχήμα 22



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κυριότερο εύρημα αυτής της έρευνας ήταν καταρχήν ό-
τι, οι γυναίκες καπνίζουν συγκριτικά με τους άνδρες σε με-
γαλύτερο βαθμό, και ότι όλοι οι καπνιστές (άνδρες και γυ-
ναίκες) παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφεί-
λεται στο κάπνισμα, με πρωτεύον την ελαττωμένη αντοχή (το
οποίο έχει σχέση με το αναπνευστικό σύστημα), όπως επίσης
και το ότι τους έχει δημιουργηθεί ένας χρόνιος βήχας, μια
βαρειά απόχρεμψη, άσθμα και χρόνια βρογχίτιδα. Επίσης
ως αιτία έναρξης οι άνδρες υποστηρίζουν σε μεγάλο ποσοστό
την περιέργεια, ενώ οι γυναίκες ότι βρέθηκαν σε κάποια
δύσκολη στιγμή. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε και τον παρά-
γοντα ψυχολογία, καθώς φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο
βαθμό τους καπνιστές, έτσι οι άνδρες και οι γυναίκες
καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό από κάθε άλλη στιγμή όταν
βρίσκονται σε στιγμές συγκίνησης. Ενώ η συνήθεια έρχεται
σε δεύτερη θέση, κάτι το οποίο βέβαια έρχεται σε αντίθεση
με τις έρευνες των τελευταίων χρόνων, όπως είδαμε κατά
την διάρκεια της έρευνας αυτής. Κάτι το οποίο μας έκανε
ιδιαίτερη εντύπωση όταν ότι οι καπνιστές σε μεγάλη πλειο-
ψηφία δεν είχαν επηρεαστεί από την ένδειξη ότι το κάπνισμα
βλάπτει σοβαρά την υγεία, καθώς επίσης ότι πολλοί δεν
έκαναν προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα εν τούτοις,
λίγο πολύ, λίγοι τα κατάφεραν.

Το ότι όλοι οι καπνιστές καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο
φαίνεται ότι ο βιομηχανοποιημένος καπνός έχει μεγάλη
πέραση στον σύγχρονο καπνιστή. Κατά την διάρκεια της
έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που καπνίζουν κατά
την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν ένα ποσοστό της
τάξεως του 52,7% να γεννήσουν παιδί με κάποιο πρόβλημα

υγείας τους. Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε ότι οι καπνιστές δεν δείχνουν να επηρεάζονται από την άνοδο του κόστους των τσιγάρων. Όσο αφορά την ενημέρωση του κοινού ο κόσμος φαίνεται σε μεγάλο βαθμό ενημερωμένος τόσο για τις ασθένειες που δημιουργεί ο καπνός σ'αυτούς, όσο και για τους μη καπνιστές. Και προτείνουν για την πρόληψη στην οποία ρίχνουν όλο το βάρος για το σταμάτημα αυτού του "θανάτου" την ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε. και την ενημέρωση των παιδιών στα σχολεία.

Μετά από την μελέτη και άλλων ερευνών όπως και επιδημιολογικών μελετών για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου και πιο συγκεκριμένα στο αναπνευστικό σύστημα, έγινε πλέον αντιληπτό και κοινά γνωστό σε όλους μας ότι το κάπνισμα προκαλεί κάθε μέρα χιλιάδες θανάτους και χρόνιες παθήσεις.

Το μόνο λοιπόν που μένει είναι η πρόληψη αυτής της μάστιγας. Για αυτό θα πρέπει όλοι εμείς που ασκούμε το επάγγελμα, στον τομέα υγείας να γίνουμε φορείς μεταδόσεως των γνώσεων που έχουμε προς τους συμπολίτες μας. Αυτή η ενέργεια θα είναι διαρκείας και η επιτυχία θα είναι μεγαλύτερη μόνον αν αρχίσει από τα μικρά παιδιά και τους εφήβους και στη συνέχεια επεκταθεί προς τους ενήλικες.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής η προσπάθεια για το περιορισμό για τη διακοπή του καπνίσματος, κατέχει δικαιολογημένα την πρώτη θέση σε παγκόσμια κλίμακα.

Τούτο εξηγείται από το γεγονός ότι η πληθώρα των σοβαρών παθήσεων, όπου δημιουργούνται από το κάπνισμα. Τη σημασία της προληπτικής προσπάθειας την εκφράζει καλύτερα το ιατρικό γνωμικό που αναφέρει ότι : "Ένα γραμμάριο προληπτικής ιατρικής αξίζει όσο ένα τόνο θεραπευτικής". Η εκστρατεία αυτή θα έχει ως αντικείμενο 3 μεγάλες κοινωνικές τάξεις ηλικίας :

- α) τα παιδιά της σχολικής ηλικίας.
- β) Τους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας.
- γ) Τους ενήλικες άνδρες και γυναίκες.

Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας, η ενημέρωση δεν πρέπει να έχει το χαρακτήρα της αστυνομικής απαγόρευσης και παρακολούθησης ή δημιουργίας φόβου άγχους και αγωνίας, αλλά να γίνεται σωστή ενημέρωση και διδασκαλία. Στους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας, χρειάζεται η ενημέρωση από διάφορους φορείς καθώς επίσης και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εκεί όπου υπάρχουν χωριστές οργανωμένες ομοειδής τάξεις όπως π.χ. στρατιώτες κ.α. θα πρέπει να γίνει μια ομιλία στην οποία να τονισθούν οι συνέπειες του καπνίσματος. Τέλος στους ενήλικες η πρόληψη πρέπει να προβλέπει κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και σε αύξηση του αριθμού μη καπνιστών.

Για τις καπνοβιομηχανίες και τις διαφημίσεις, θα πρέπει να ληφθούν αυστηρά νομοθετικά μέτρα, για την παραγωγή τσιγάρων με μειωμένη πίσσα, νικοτίνη κ.α. τα οποία,

θα αναγράφονται πάνω στα πακέτα. Επίσης να αναγράφουν πάνω στα πακέτα εν συντομία τις παθήσεις που δημιουργεί το κάπνισμα και ότι δυσκολεύει την εγκυμοσύνη.

Θα πρέπει να απομακρυνθούν από την αγορά όλα τα τσιγάρα με πίσσα άνω των 15 MG., ήδη κυκλοφορούν τσιγάρα με νικοτίνη κάτω από 0,3 MG.

Τα πούρα που κυκλοφορούν σε πακέτο να αναγράφεται ότι περιέχουν πίσσα άνω των 30 MG. Να απαγορευτούν με αυστηρούς νόμους και τήρηση αυτών των νόμων να απαγορεύεται το κάπνισμα σε δημόσιους και κλειστούς χώρους π.χ. κέντρα διασκέδασης. Να γίνει μεγάλη φορολογία στις καπνοβιομηχανίες που παράγουν τσιγάρα με υψηλό ποσοστό νικοτίνης και πίσσας. Να γίνει ο νόμος περί ευνοϊκότερης μεταχείρισης των μη καπνιστών από τους καπνιστές σε ορισμένες περιπτώσεις. π.χ. διορισμών μισθοδοσίας, μείωση ασφαλίσεων ζωής, προαγωγής κ.α.

ΜΗΝΥΜΑΤΑ - ΥΠΟΜΝΗΣΕΙΣ

Είναι πλέον απολύτως βέβαιο ότι το κάπνισμα ασκεί επιζήμιες επιδράσεις στην υγεία και τα μηνύματα, τα SLOGAN και υπομνήσεις που ακολουθούν, παρμένες από ιατρικά κείμενα και δημοσιογραφική αρθογραφία, εκφράζουν παραστατικά τα βιβλιογραφικά συμπεράσματα.

Το κάπνισμα : "ανεξέλεγκτος φονιάς", "δολοφόνος των μαζών", "αργή αυτοκτονία", "ολοκαύτωμα των μαζών", "παγκόσμιο ολοκαύτωμα", "ολοκαύτωμα στην καύτρα του τσιγάρου", "ολοκαύτωμα με αυτοπυρπόληση".

Το κάπνισμα : "Από τα πρώτιστα προβλήματα για τη Δημόσια Υγεία σε Παγκόσμια κλίμακα", "Η υπ' αριθμόν ένα

αιτία ασθενειών και θανάτων σ'όλο τον κόσμο και όμως θα μπορούσε να προληφθεί".

Κατά το Σύνταγμα : "Τα δικαιώματα του μη καπνιστή είναι ισχυρότερα από εκείνα του καπνιστή". "Ο καπνιστής δεν έχει το δικαίωμα να προχωρεί πέρα από τη μύτη του μη καπνιστή". "Να κατοχυρωθούν τα δικαιώματα του μη καπνιστή για καθαρό αέρα, ελεύθερο από το "νέφος" του καπνίσματος". "Να γίνουν νόμοι για την προστασία των μη καπνιστών". "Ο χώρος εργασίας απαραβίαστος". "Έξω οι καπνιστές", "Ο επιμένων ΑΝΤΙΚΑΠ.-ΝΙΚΑ". "Ζήστε ΑΝΤΙΚΑΠ-ΝΙΚΑ".

Τσιγάρο ή υγεία : "Καπνίζεις ; Αυτοτιμωρείσαι με ποινή που φθάνει μέχρι και τον θάνατο", "όσο πιο πολύ, τόσο πιο γρήγορα".

"Μην καπνίζεις, διαφορετικά μέγιστη τιμωρία σου είναι ο θάνατος από : πνευμονικό καρκίνο, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, καρδιοαγγειακές αρρώστιες".

Τσιγάρο ή υγεία : "Παρακαλώ : σβύνετε το τσιγάρο σας!"
"Ο Καθαρός αέρας μου ανήκει".

- "Ολυμπιονίκες" του καπνίσματος οι Έλληνες.
- Οι Έλληνες τα πρώτα "φουγάρα" στον κόσμο.

Εάν είναι αλήθεια ότι :

- το κάπνισμα αποτελεί την υπ'αριθμό ένα αιτία ασθενειών και θανάτων

Ότι :

- πρόκειται για ένα "παγκόσμιο ολοκαύτωμα",
άλλο τόσο αλήθεια είναι ότι :
- το κάπνισμα αποτελεί και αντικοινωνική εκδήλωση.

Άλλοτε δείγμα ανδρισμού το κάπνισμα : "Δεν ντρέπεσαι να μην καπνίζεις;". Τώρα : "Δεν ντρέπεσαι να καπνίζεις;".

"Αντικοινωνική εκδήλωση το κάπνισμα".

"Μην το αρχίσεις. Και αν το αρχίσεις, κόψε το".

"Για μια κοινωνία χωρίς καπνιστές".

"Κάπνισμα ή υγεία : Η εκλογή δική σου. Όμως η ζημιά και δική μου, ενώ δεν καπνίζω".

"Η ζωή σου στην καύτρα του τσιγάρου".

"Κόβεις από τη ζωή σου όσο κρατά το κάπνισμα κάθε τσιγάρο σου".

"Με κάθε τσιγάρο που καπνίζεις κόβεις 5,5 λεπτά της ώρας από τη ζωή σου".

"Η έγκυος που καπνίζει κάνει ακούσιο καπνιστή το παιδί που μεγαλώνει στην κοιλιά της και, το αθώο αυτό, δεν μπορεί να ξεφύγει".

"Μάνα που καπνίζεις; Εγκληματείς εις βάρος του παιδιού σου".

"Για τους 28 ή 40 ή 50 θανάτους από το AIDS στον τόπο μας, αναστατώθηκε ο κόσμος. Για τους 50.000 πρόωρους θανάτους στο ίδιο χρονικό διάστημα εξ αιτίας του καπνίσματος, γιατί τόσο αδράνεια; Γιατί τόσο "νέκρα σιωπής";

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

α. Διαπαιδαγώγηση μιας κοινότητας για ανάληψη συστηματικού αλλά και καλά οργανωμένου αντικαπνιστικού αγώνα έχοντας πάντα υπόψη την ελληνική πραγματικότητα.

β. Το πρόγραμμα υγειονομικής διαπαιδαγώγησης θα πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει διαλέξεις με προγραμματισμένα θέματα.

γ. Συζήτηση με συμμετοχή του κοινού, καθώς επίσης με επεξηγήσεις, διευκρινήσεις, απορίες, επιδείξεις συνοδευόμενες με διδασκαλία για να συμβάλλουν στην πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση.

δ. Ακολουθώντας τις συστάσεις θα μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από τη νόσο.

ε. Θα πρέπει όλοι να καταλάβουν ότι θα πρέπει να γίνει μία τεράστια αύξηση και επιδότηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να προετοιμαστούν κατάλληλα άτομα, τα οποία θα αναλάβουν την υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού.

Καιρός λοιπόν να βάλουμε καλά στο νου μας λίγα αλλά βασικά σημεία.

α. Πρέπει να αντιδράσουμε ΤΩΡΑ.

β. Κάθε καθυστέρηση χειροτερεύει την κατάστασή μας.

γ. Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που μάθαμε. Μπορούμε και έχουμε τη δυνατότητα να τη ξεμάθουμε.

δ. Η διαφήμιση του τσιγάρου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή τον τύπο παραπλανεί τον ανθρώπινο νου σε επικίνδυνο και αφάνταστο βαθμό.

ε. Προσοχή στις αγορές μας. Συχνά η κατανάλωση αντιμάχεται τον καταναλωτή.

στ. Το σωστό είναι να αγαπάει κανείς τον εαυτό του, γι' αυτό και σεις πρέπει να αγαπάτε τον εαυτό σας και όχι τις αδυναμίες σας. Μία από αυτές τις αδυναμίες όπως είναι το κάπνισμα φτάνει για να επιφέρει την καταστροφή στον ανθρώπινο οργανισμό.

ζ. Να αναρωτηθεί ο καθένας μας πόση περιττή υγεία διαθέτει για πέταμα.

η. Να θυμόμαστε πως τα τσιγάρα πρώτα απ' όλα πληρώνονται σε υγεία και ύστερα σε χρήμα.

θ. Καθε ρουφηξιά σπρώχνει μία ώρα αρχίτερα τον οργανισμό στο τελικό νήμα.

ι. Να θυμόμαστε πάντοτε και να το έχουμε βαθειά χαραγμένο στο νου μας αλλά και στη καρδιά μας, την εσωτερική εικόνα ενός καπνιστή καθώς επίσης και τις δυσκολίες και στις φυσιολογικές του λειτουργίες εξ αιτίας του τσιγάρου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η υγεία είναι ένα ευεργέτημα που γεννιέται με τον άνθρωπο, ένα αγαθό που συνταυτίζεται με την ανάπτυξη του ανθρώπου και ένα προνόμιο που οδηγείται και συμπορεύεται με αυτόν. Και ο άνθρωπος, σαν επιστήμων και κράτος κατόρθωσε με γνώσεις και σωτές θέσεις να περιορίσει τη βρεφική, την εφηβική καθώς επίσης ανδρική ή γυναικεία θνησιμότητα και να μεταφέρει σε πάρα πολλές χώρες το μέσο όρο επιβίωσής του πολύ περισσότερο από τα 70 χρόνια ζωής.

Και τώρα ο ίδιος ο άνθρωπος θέλει μόνος του να περιορίσει τη ζωή του με ένα δικό του πρωτόγνωρο τρόπο, αλλοιώνοντας και προσβάλλοντας τη στάση του και τη συμπεριφορά της καθημερινής του ζωής.

Το κάπνισμα έγινε αντιληπτό σ'όλους μας πως θα διαφοροποιήσει τη ζωή όλων μας, και αυτό θα φανεί στην επόμενη ή και την μεθεπόμενη γενιά. Δεν είναι τυχαίο ότι ο SIR RICHARD είπε ότι ο 21ος αιώνας θα αποκτήσει έναν εχθρό μεγαλύτερο από πολλούς άλλους αν δε σταματήσει το κάπνισμα. Θα πρέπει τώρα να καταλάβουμε ότι με το κάπνισμα εξουθενώνεται ο ίδιος ο εαυτός μας, πάσχει ο πλησίον, πάσχει το ίδιο το παιδί μας.

Γι'αυτό ευχόμαστε

ο κάθε καπνιστής

να σταματήσει το τσιγάρο

και

ο νέος μη καπνιστής

να μη δοκιμάσει ποτέ τη γεύση του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας μας ήταν να εξακριβωθεί το ποσοστό των καπνιστών και των μη καπνιστών, βάσει μιας ταχείας δειγματοληψίας που έγινε σε 1.000 ερωτηθέντες στην περιοχή των Πατρών, όπως επίσης και να αποδείξουμε τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου και πιο συγκεκριμένα τις επιπτώσεις που έχει στο αναπνευστικό σύστημα.

Είδαμε κατά την διάρκεια της έρευνας ότι αν και οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, παρ'όλα αυτά ο αριθμός των καπνιστών αυξάνεται συνεχώς.

Κοντολογίς έγινε σε όλους μας αντιληπτό ότι στον σύγχρονο Έλληνα - Ελληνίδα, το τσιγάρο έχει μπει πια στην καθημερινή ζωή και δύσκολα θα μπορέσει να ξεφύγει από αυτόν τον εφιάλτη.

SUMMARY

The purpose of our research was to ascertain the percentage of smokers and non-smokers, based on a quick sample collection that took place in 1.000 questioned people at the region of Patras, and also to prove the harmful consequences of smoking at the health of human being, and more precisely, the consequences at the respiratory system.

We see that, during the research, more and more people know the harmful consequences of smoking, however, the number of smokers is continuously increasing.

To sum up, it is perceptible to all of us that in the modern Greek society (men - women), the cigarette has already entered in routine and it is difficult for someone to succeed in escaping from this nightmare.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Καπνίζετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. Φύλλο

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

3. Τί ηλικία είστε;

4. Τόπος διαμονής:

5. Γνώσεις:

ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

Τ.Ε.Α.

Τ.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

ΜΕΣΣΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ

6. Επάγγελμα:

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΗΣ

ΜΑΘΗΤΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΑΝΕΡΓΟΣ

7. Ηλικία έναρξης καπνίσματος:

8. Έτη που καπνίζετε χωρίς διακοπή:

9. Έτη που καπνίζετε με περιοδική διακοπή:

10. Γιατί αρχίσατε το κάπνισμα:

- ΑΠΟ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ
- ΚΑΠΝΙΖΑΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ
- ΚΑΠΝΙΖΑΝ ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΣΑΣ
- ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΥΣΚΟΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
- ΚΑΠΝΙΖΕ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ
- ΆΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ

11. Κάτω από ποιές καταστάσεις καπνίζετε;

- ΑΓΧΟΣ
- ΦΟΒΟ
- ΣΥΓΚΙΝΗΣΗ
- ΧΑΡΑ
- ΣΥΝΗΘΕΙΑ
- ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ

12. Που καπνίζετε;

- ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
- ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ
- ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ
- ΣΤΗ ΚΑΦΕΤΕΡΙΑ
- ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ
- ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ

13. Είναι ελλιπής η ενημέρωση του κοινού για το κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΞΕΡΩ

14. Από πού ενημερώνεστε για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος;

- ΓΟΝΕΙΣ
- ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ
- ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
- ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ
- ΒΙΒΛΙΑ - ΕΝΤΥΠΑ
- ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ

15. Σας έχει επηρεάσει η ένδειξη "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ";

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 10

10

15

ΕΚΑ ΠΑΚΕΤΟ

ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΑ

ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΩΝ

17. Θα πηγαίνατε ποτέ σε ένα αντικαπνιστικό σεμινάριο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΞΕΡΩ

18. Σας έχει παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφείλεται στο καπνισμό;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19. Αν ΝΑΙ ποιά συγκεκριμένα;

ΒΗΧΑΣ

ΑΠΟΧΡΕΨΗ

ΑΣΜΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ

ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΕΜΜΕΤΟΙ

ΔΥΣΟΣΜΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΕΛΛΑΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΟΧΗ

20. Προσπαθήσατε να το κόψετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21. Αν όχι γιατί;

ΛΟΓΩ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ

ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΩ ΣΚΕΦΘΕΙ ΠΟΤΕ

ΛΟΓΩ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ

ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΩ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ

22. Ποιές από τις παρακάτω ασθένειες γνωρίζετε ότι οφείλονται στο κάπνισμα;

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΕΜΦΡΑΓΜΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΕΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΩΝ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΔΕΝ ΞΕΡΩ | <input type="checkbox"/> |

23. Προτιμάται το τσιγάρο με φίλτρο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Νομίζετε ότι επηρεάζεται ο αθλητής από το τσιγάρο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25. Σέβασθε το χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Αν είχατε κόψει το κάπνισμα και συνέβαινε κάτι σοβαρό στη ζωή σας θα το ξαναρχίζατε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΞΕΡΩ

27. Αν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας καπνίζατε, ποιές από τις παρακάτω επιπτώσεις παρουσιάσθηκαν στο παιδί σας;

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| ΕΛΛΕΙΠΟΒΑΡΕΣ ΜΕΘΩΝΟ | <input type="checkbox"/> |
| ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΝΙΚΟΤΙΝΗ | <input type="checkbox"/> |
| ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ | <input type="checkbox"/> |
| ΤΙΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ | <input type="checkbox"/> |

28. Ποιά από τα παρακάτω συμπτώματα ξέρετε ότι εμφανίζονται στους παθητικούς καπνιστές;

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ΕΡΕΒΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΤΗ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΥΚΟΛΗ ΚΟΠΩΣΗ | <input type="checkbox"/> |
| ΠΕΡΙΦ. ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | <input type="checkbox"/> |

29. Βλέπετε σαν ανασταλτικό παράγοντα την άνοδο του κόστους των τσιγάρων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

30. Ποιά από τα παρακάτω μέτρα θα προτείνατε για την πρόληψη του καπνίσματος;

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕΣ ΕΚΠΟΜΠΕΣ ΑΠΟ ΤΑ Μ.Μ.Ε. | <input type="checkbox"/> |
| ΣΥΧΝΑ ΑΝΤΙΚΑΠΗΝΙΣΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΑΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ | <input type="text"/> |

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Β.ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ: "Επιδράσεις στο καρδιογγειακό και Κ.Ν.Σ.", Κάπνισμα το άλλο νέφος μέσα μας, Εκδόσεις "ΑΚΡΙΤΑΣ", Αθήνα, 1988.

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΑΝΟΥΡΙΟΣ: "Κάπνισμα" Περιοδικό μάχη και Ελπίδα, Τεύχος 180, σελ 4,9, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1987.

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ - ΚΑΡΑΚΟΥΛΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ-ΔΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ κ.α: "Έλεγχος καπνιστικών συνηθειών, Περιοδικό Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τεύχος 100, Τόμος Γ', σελ. 134-140, Εκδόσεις Ελληνική εταιρεία γενικής ιατρικής, Αθήνα, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1991.

ΒΑΜΒΑΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ: "Ο καπνός" Εγκυκλοπαίδεια Παδεία, Τόμος ΕΤ', Εκδόσεις Παγκόσμια σύγχρονη παιδεία Μάλλιανος Αντώνιος, Αθήνα, 1989.

BREAN HERBET: Έτσι θα κόψετε το τσιγάρο, (Μτφ. Σπέγγος Σ), Εκδόσεις "ΚΑΚΤΟΣ" Αθήνα 1980.

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ: "Μεθοδοι διακοπής καπνίσματος" Περιοδικό Ιατρική Επιθεώρηση, Τεύχος 40, Τόμος Α', σελ. 89-90, Εκδόσεις Ινστιτούτο ο "Εγκέφαλος", Αθήνα 1987.

ΔΑΛΛΑ ΒΟΡΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ: "Το νομικό πλαίσιο της αγωγής υγείας" Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 190, Κεφ: 50, σελ. 47-49, 52 Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία Αθήνα, 1990.

ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ - ΕΥΘΥΜΙΟΥ Γ. ANNA: "Καπνιστική συνήθεια των εργαζομένων" Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 260, σελ. 14-15, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1989.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: Περιοδικό Πνεύμων, Τεύχος 20, Τόμος Β' σελ. 6-9, Εκδότης Δελογιάννης, Αθήνα, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1988.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Σεμινάριο κάπνισμα", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 37ο, σελ. 10-11, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Δεκέμβριος 1991.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Ειδήσεις και σχόλια", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 37ο σελ. 16, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Δεκέμβριος 1991.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Καπνός και διαφήμιση", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 37ο, σελ. 8-9, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Δεκέμβριος 1991.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Το κάπνισμα και τι πρέπει να μάθουμε", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 15ο, σελ. 18, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1987.

ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Αγώνας κατά του καπνίσματος απο ποιον πρέπει να γίνεται", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 28ο, σελ. 6-7, Εκδόσεις αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Οκτώβριος 1989.

ΔΟΥΖΙΝΑ Κ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ: Εσωτερική παθολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρηγόριος, Αθήνα, 1972.

EDISON THOMAS: "Ο Ιατρός και το κάπνισμα", Περιοδικό ιατρική επιθεώρηση, Τεύχος 3ο, Τόμος Α', σελ. 53-54, Εκδόσεις Ινστιτούτου ο "Εγκέφαλος", Αθήνα, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1987.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΠΝΟΥ: Κατανάλωση καπνιστικών προϊόντων στην Ελλάδα κατά το έτος 1989-1990, Αθήνα 1990.

FAICK H. - LEONARDH H. - STARCK D: Ειδική Ανατομία II, (Μτφ. Νηφόρας, Δ. Νικόλαος), Επιστημονικές Εκδόσεις, Παρισιανός Γρηγόριος, Αθήνα.

- ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ι.Ν: Εγκυκλοπαίδεια ο Ιατρός της οικογένειας,
τόμος Α' Κεφ: 1ο, Εκδόσεις Αφών Γ. Βλάσση, Αθήνα.
- ΖΟΥΠΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ: "Έτσι θα κόψετε το κάπνισμα" Υγεία και Πρό-
ληψη, Ενότητα 5η Εκδόσεις "ΤΑ ΝΕΑ" Δημοσιογραφικός οργα-
νισμός, Λαμπράκο Α.Ε Αθήνα, 1993.
- GONGH VAN: "Εμένα δε με βλάπτει το κάπνισμα", Περιοδικό
μάχη και ελπίδα, Τεύχος 27ο, σελ. 6-7, Εκδόσεις Ελληνική
αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιούνιος 1989.
- HARRISSON J.R: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Β', Εκδόση 10ο
(Μτφ. Λιάπης Α - Σπάρης Α.-Βαγιωνάκης Α κ.α.) Εκδόσεις
Παρισιανός Κ. Γρηγόριος, Αθήνα 1987.
- ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: "Ειδήσει" Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος
17ο, σελ. 22, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία,
Αθήνα 1986.
- JAFFE JEROME - PETERSON ROBERT κ.α.: "καπνός το βότανο
του διαβόλου", Ναρκωτικά-τσιγάρα-αλκοόλ, Τόμος Α'
(Μτφ, Μαράτος Ολγα-Σόλμαν Μαρία), Εκδόσεις Ψυχογιός
Αθανασίος, Αθήνα, 1981.
- ΚΑΛΑΝΤΙΔΗΣ Σ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: Αγωγή υγεία, Εκδόσεις Κυριακόπουλος
Γ. Βελονακης Ν. Αθήνα 1990.
- ΚΑΛΑΝΤΙΔΟΥ ANNA: "Κάπνισμα και υγεία", Περιοδικό μάχη και
ελπίδα, σελ. 47-52, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική
εταιρεία, Αθήνα 1991.
- ΚΑΛΑΝΤΙΔΟΥ ANNA: "Κάπνισμα" Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος
19ο, Κεφ. 25ο, σελ. 137-142, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκι-
νική εταιρεία, Αθήνα 1990.
- ΚΑΡΑΤΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ-ΓΡΑΒΑΝΑ ΣΩΠΟΥ ΕΥΣΤΑΘΗΣ, Ωτορινο-
λαρυγγολογική νοσηλευτική, Εκδοση Β' Εκδόσεις Αντωνόπου-

λου Ελένη, Αθήνα 1992.

ΚΑΣΙΜΑΤΗ ΗΡΩ: "Όταν οι άλλοι καπνίζουν πριν απο σας για σας",
Περιοδικό μάχη και ελπίδα, σελ. 6-7-. Εκδόσεις Ελληνική
Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Οκτώβριος 1984.

ΚΑΤΣΑΡΑΣ Ε: "Κάπνισμα και βρογχογενές καρκίνωμα", Περιοδικό
Ιατρικά, Τεύχος 2ος, Τόμος Α', σελ. 196-197, Εκδόσεις
Εταιρεία Ιατρικής Εποχής, Αθήνα, Φεβρουάριος 1992.

ΚΑΤΣΟΥΛΗ ΕΙΡΗΝΗ: Συγκριτική μελέτη του διορθωμένου ολικού
ενεργού χρόνου και της κλήσεως της φάσεως III του αζωτο-
γραφήματος σε ασυμπτωματικούς καπνιστές, Εκδόσεις Δημόσια
Βιβλιοθήκη Ελλάδος, Αθήνα, 1983.

ΚΑΦΑΤΟΣ Α. - ΤΡΑΚΑ Ν. - ΣΕΡΑΦΕΙΔΟΥ Γ κ.α.: "Συχνότητα κα-
πνίσματος σε καπνιστές" Περιοδικό Ιατρικά, Τεύχος 5ο
Τόμος 40ο, σελ. 373-385, Εκδόσεις εταιρεία ιατρικού
Σπουδών, Αθήνα, Νοέμβριος 1981.

ΚΟΚΚΑΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ: "Ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας",
Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 28ο, σελ. 10-11, 13,
Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Οκτώ-
βριος 1989.

ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: "Κάπνισμα και διαφήμιση", Περιοδικό
μάχη και ελπίδα, Τεύχος 38ο, σελ. 10-11, 19, Εκδόσεις
Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιανουάριος
Μάρτιος 1992.

ΚΟΣΜΑΣ Ε: "Ένας νέος ποσοστικός δείκτης έκθεσης στο παθητικό
κάπνισμα", Περιοδικό ελληνική πνευμονολογική επιθεώρηση,
Τεύχος 1ο, σελ. 19-26, Εκδόσεις νοσοκομεία νοσημάτων
Θώρακος Αθηνών, Αθήνα, Ιανουάριος-Μάρτιος 1988.

ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ: "Καπνιστές και καπνίστριες ως πότε

Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 22ο, σελ. 16-18, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1988

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ - ΕΛΛΗΝΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: "Συνήθειες και γνώσεις για το κάπνισμα των μαθητών", Περιοδικό πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία, Τεύχος 11ο, Τόμος Γ', σελ. 183-188, Εκδόσεις Ελληνική εταιρεία γενικής ιατρικής, Αθήνα, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1991.

ΛΙΣΣΑΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ: "Κάπνισμα και καρκίνος", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 31ο σελ. κ.α. Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιούνιος 1990.

ΛΙΣΣΑΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ: "Κάπνισμα - καρκίνος και καρδιοαγγειακές παθήσεις", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, σελ. 17-18, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιούλιος 1985.

ΜΑΧΡΟΠΟΥΛΟΥ Χ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ: "Συμπεράσματα απο τη κυτταρολογική εξέταση πτυέλων", Περιοδικό πνευμονολογική επιθεώρηση Τεύχος 1ο, Τόμος ΣΤ', σελ. 27-56, Εκδόσεις Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, Αθήνα, Ιανουάριος-Μάρτιος 1988.

ΜΕΤΑΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ: "Σχόλια", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 35ο, σελ. 15-16, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιούνιος 1991.

ΜΠΑΛΝΤΑ ΛΥΠΙΡΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ: "Κάπνισμα καταγωγή υγείας", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, σελ. 129-134, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, 1989.

ΠΑΛΙΟΥΡΓΙΩΤΗ ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ-ΧΑΤΖΗΒΡΑΜΙΔΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ ΜΕΘΥΜΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ: "Η συμβολή της νοσηλευτικής στην αγωγή υγεία", Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτικής, Πρακτικά, Εκδόσεις υγείας θεραπεία, Σέρρες, 20-22 Μαΐου 1986.

ΠΑΝΤΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ-ΡΗΓΑΤΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ-ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ:

"Καπνιστικές συνήθειες των ιατρών", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 20ο, σελ. 11, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία Αθήνα, Σεπτέμβριος 1987.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ: "Κόψτε το κάπνισμα τώρα", Υγεία και πρόληψη, Ενότητα 5η, Εκδόσεις "ΤΑ ΝΕΑ" Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε., Αθήνα 1993.

ΠΑΠΠΑΣ Π: "Η τρανσαμινάσα του ορού επί εμφράγματος μυοκαρδίου Περιοδικού Ιατρικά, Τεύχος 2ο, Τόμος Α', σελ. 198-199 Εκδόσεις Εταιρεία ιατρικής εποχής, Αθήνα, 1992.

ΠΑΤΕΡΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: "Το κάπνισμα", Πρακτικά, σελ. 22-32, ΖΑΠΕΙΟ ΜΕΓΑΡΟ ΑΘΗΝΩΝ 1985.

ΠΟΝΤΙΦΙΚΑΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ: "Κάπνισμα και βλάβες της καρδιάς και των αρτηριών", Μάθετε για κάπνισμα η άγνοια σκοτώνει, Εκλαϊκή μόνο έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις, Παρισιανός Κ.ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1988.

ΠΟΥΥΓΓΟΥΡΑΣ Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ: Μιευτική - Γυναικολογία Κεφ. Α Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β. Αθήνα 1986.

ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΓΡΗΓΟΡΙΑ: "Κάπνισμα και καρκίνος ουροδόχου κύστης", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, σελ. 20-21, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1985.

ΡΕΣΒΑΝΗ Θ: "Τι κερδίζουν οι μη καπνίζοντες" Υγεία και Πρόληψη, Ενότητα 5η, Εκδόσεις "ΤΑ ΝΕΑ" Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε. Αθήνα 1993.

ΡΗΓΑΤΟΣ Α. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ: "Η επιδημία του καπνίσματος στην Ελλάδα", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 18ο, σελ. 19-20 Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Μάρτιος 1987.

- ΡΟΥΣΟΥ Ν. ΧΑΡΗΣ: "Αποτυχία κάθε εκστρατείας", Περιοδικό Νοσηλευτικά χρονικά, Τεύχος 1ο, Τόμος Α', σελ. 14-18, Εκδόσεις Πανελλήνια Ένωση, διπλωματούχων επαγγελματιών υγείας, Αθήνα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1992.
- RONZONI MARIO: "Ο ενήλικας και το περιβάλλον του", Εγκυκλοπαίδεια Παιδεία, Τόμος Γ', Κεφ. 3ο, (Μτφ. Γαρουφαλιάς Ντίνος), Εκδόσεις "ΔΟΜΙΚΑ" Γκούμας -Φωτόπουλος, Αθήνα 1988.
- ΣΑΡΑΝΤΗ Δ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ: Το κάπνισμα ο μεγάλος εχθρός της υγείας, Τόμος Α', Εκδόσεις Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1980.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΑ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Τομος Δ', Κεφ. 5ο, Β' Επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΑ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική ΥΤόμος Β', Μέρος Β', Κεφ. 5ο, Β' Επανέκδοση Εκδόσεις, "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988.
- SAINT GEORGE: "Το κάπνισμα μειώνει τη γονιμότητα, Εφημερίδα Ιατρικός τόπος, Αριθμός Φύλλου 111, σελ. 21, Αθήνα 15 ΜΑΪΟΥ 1993.
- ΤΖΑΝΝΕΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ: "Χρόνια βρογχίτιδα σε μη καπνιστές", Περιοδικό Ελληνική Πνευμονολογική επιθεώρηση, Τεύχος 2ο, Τόμος Δ', Περίοδος ΣΤ', σελ. 71-79, Εκδόσεις νοσοκομεία νοσημάτων θώρακος Αθηνών, Αθήνα, Απρίλιος-Ιούνιος 1983.
- ΤΖΑΝΝΕΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ: "Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στο παιδιά", Περιοδικό Ελληνική πνευμονολογική επιθεώρηση Τεύχος 4ο, Τόμος Ε', σελ. 281-282, Εκδόσεις Νοσοκομεία Νοσημάτων θώρακος Αθηνών, Αθήνα, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1987.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: "Παθητικό κάπνισμα", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 19ο, σελ. 14, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Ιούνιος 1987.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: "Ελεγχος του καπνίσματος", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, σελ. 4-9, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Δεκέμβριος 1988.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ-ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: Προληπτική ιατρική-Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή, Εκδόσεις Παρισσιανός Κ. Γρηγόριος, Αθήνα 1986.

ΦΡΑΝΤΖΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ: Η θεωρητική και πρακτική λαρυγγολογία στα παραϊατρικά επαγγέλματα, Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1987.

ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΣΤΑΘΗΣ: "Γυναίκα και κάπνισμα", Περιοδικό μάχη και ελπίδα, Τεύχος 37ο, σελ. 4-7, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα, Δεκέμβριος 1991.

ΧΕΛΙΔΟΝΗΣ Σ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ: Εγχειρίδιο ωτορυνολαρυγγολογίας, Κεφ. 3ο, και 4ο, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα 1985.

