

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ

Παπασωτηρακοπούλου Ιωάννα
Ψώνη Αγγελική

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Σπυράτος Φώτιος

ΠΑΤΡΑ 2010

Ευχαριστίες

*Με την πτυχιακή μας εργασία ολοκληρώθηκε ο κύκλος σπουδών
μας στο τμήμα Νοσηλευτικής.*

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές της σχολής,
που όλα αυτά τα χρόνια μας μετέδωσαν τις γνώσεις τους πάνω στην
επιστήμη την οποία διαλέξαμε, την οποία αγαπήσαμε.*

*Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κύριο Σπυράτο Φώτιο για
την σημαντική βοήθεια του στη συγγραφή αυτής της εργασίας και όσους
μας συμπαραστάθηκαν ηθικά και μας πρόσφεραν την πολύτιμη συνεργασία
τους.*

*Τέλος είναι πολύ σημαντικό για εμάς να ευχαριστήσουμε και να
αφιερώσουμε την εργασία μας στους αγαπημένους μας γονείς, οι οποίοι
μας στήριξαν και μας στηρίζουν σε κάθε μας βήμα.*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Δεν υπάρχει σε όλη την ιστορία της Ανθρωπότητας, άλλη συνήθεια που να είχε και να έχει τόση έκταση και τόσο πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου, όσο το κάπνισμα. Τα ναρκωτικά αφορούν μικρή μερίδα ανθρώπων παρ' ότι τελευταία αυξάνεται ανησυχητικά 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 από νεαρότατης μέχρι βαθέως γήρατος. Αλλά ούτε με την πολυπλοκότητα των συνεπειών συγκρίνεται με οποιαδήποτε άλλη βλαπτική συνήθεια.

Δεν περιορίζεται η επίδρασή του μόνο σε όσους καπνίζουν, αλλά κατά πρωτοφανή στα χρονικά τρόπο επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν. Οι καπνιστές επιβάλλουν και στους γύρω τους τον καπνό, στο χώρο εργασίας, στα εστιατόρια και άλλους τόπους συγκεντρώσεων και διασκεδάσεων, στα σπίτια όπου μικρά παιδιά αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό των γονέων τους. Ακόμη και τα έμβρυα αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό της μητέρας τους, που δεν στέργει να στερηθεί της «απολαύσεως» του καπνού.¹

Το γεγονός αυτό δημιουργεί εύλογα το ερώτημα αν το κάπνισμα πρέπει να θεωρείται υπόθεση προσωπικής ελευθερίας του καπνιστή ή μια αντικοινωνική συμπεριφορά που πρέπει να απαγορευθεί αυστηρά στους δημόσιους χώρους και τα μέσα μαζικής μεταφοράς, ώστε να μην στερεί τον «μη καπνιστή» του ελεύθερου δικαιώματος να αναπνέει καθαρό αέρα.

Αυτό το ιατροκοινωνικό πρόβλημα έχει τα τελευταία χρόνια προσλάβει τις διαστάσεις μιας μεγάλης καταστροφικής επιδημίας, με

15.000 περίπου θανάτους το χρόνο στη χώρα μας από παθήσεις με αίτια το κάπνισμα. Μιας επιδημίας, που έχει διεθνώς και επίσημα χαρακτηριστεί ως «η μεγαλύτερη επιδημία του 20ού αιώνα», αλλά το σπουδαιότερο, μιας επιδημίας που μπορεί να προληφθεί γιατί οι κύριοι αιτιολογικοί νοσογόνοι παράγοντες είναι γνωστοί και είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν.

Όλοι όσοι έχουν ευθύνη διαφωτισμού του κοινού, πρέπει αδιαλείπτως και με κάθε τρόπο να εργαστούν. Για την αντιμετώπιση της μεγάλης αυτής επιδημίας του καπνίσματος, η κύρια προσπάθεια από την αρχή στράφηκε προς την Πρόληψη, με την ενημέρωση του κοινού για τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία. Πρέπει να αποτρέψουν τους νέους από το να αρχίσουν το κάπνισμα, πράγμα αρκετά δύσκολο λόγω της ισχυρής επιδράσεως του περιβάλλοντος.²

Ασφαλώς, θα βοηθήσουν τον καπνιστή ν' αρχίσει να σκέπτεται σοβαρότερα το θέμα και να μπορέσει να αποφασίσει να το κόψει. Πολύ πιθανόν να επιδράσουν στην συμπεριφορά των καπνιστών απέναντι στους συνανθρώπους τους, ώστε να μην τους επιβάλλουν και αναγκάζουν να καπνίζουν χωρίς να το θέλουν κι ενώ τους ενοχλεί.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία χρειάζεται τη συμμετοχή πολλών ομάδων ανθρώπων. Ενώ άρχισε με αρκετή ένταση προ ετών, ανεκόπη για λόγους πολιτικών συγκυριών και κατά τη γνώμη μας άστοχων κοινωνικοπολιτικών σκοπιμοτήτων. Η πρόσφατη επιστροφή της Πολιτείας στην εφαρμογή μιας νέας, εντατικής αντικαπνιστικής πολιτικής δημιουργεί κάποιο αίσθημα αισιοδοξίας για την αντιμετώπιση του μεγαλύτερου συγχρόνου κινδύνου υγείας.¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατανάλωση προϊόντων καπνού έχει χαρακτηριστεί ως επιδημία η οποία εξαπλώνεται με ανεξέλεγκτους ρυθμούς. Έχει παρατηρηθεί από πολλές μελέτες ότι σημειώνεται αλματώδης αύξηση του ποσοστού της νεολαίας που καπνίζει. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα προκαλούν στον άνθρωπο ανεπανόρθωτες επιπτώσεις και ασθένειες, που πολλές φορές η εξέλιξη τους αποδεικνύεται μοιραία για τη ζωή τους.

Με αφορμή λοιπόν το Νόμο ΦΕΚ Α 262/22.12.2008 και τα νέα μέτρα που αφορούν στην απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, τα οποία έχουν σκοπό τη μείωση του καπνίσματος και την προστασία των παθητικών καπνιστών, αποφασίσαμε να διερευνήσουμε το θέμα του καπνίσματος και κυρίως τις επιπτώσεις του στον ανθρώπινο οργανισμό.

Αρχικός λοιπόν σκοπός της εργασίας μας είναι η πληροφόρηση σχετικά με τον καπνό, την χημική του σύσταση και τα βλαπτικά προϊόντα της καύσεως του τσιγάρου.

Στη συνέχεια παραθέτονται κάποια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τα οποία προκύπτουν από έρευνες και μελέτες που έγιναν σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, όπου παρουσιάζουν το ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που έχουν σχέση με το κάπνισμα, όπως είναι καρκίνος, βρογχίτιδα και καρδιαγγειακές νόσους.

Κυρίως στόχος αποτελεί η αναφορά μας στις δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλεί το κάπνισμα στον ανθρώπινο οργανισμό όπως στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό και στο πεπτικό σύστημα. Επίσης είναι διεθνώς γνωστό ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο σε πολλά σημεία του οργανισμού. Έτσι θεωρήσαμε καλό να αναφέρουμε τα όργανα που

έρχονται σε άμεση επαφή με τον καπνό του τσιγάρου όπως είναι η στοματική κοιλότητα, ο οισοφάγος, οι πνεύμονες, οι βρόγχοι και προκαλούν καρκίνο.

Έχει αποδειχθεί από επιδημιολογικές έρευνες ότι ο καπνός ασκεί αρνητική επίδραση στην γυναικεία και ανδρική γονιμότητα. Έτσι αναφερθήκαμε και στις επιπτώσεις που προκαλεί το κάπνισμα στην έγγειο πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και στο έμβρυο.

Στη συνέχεια αναφέρουμε στοιχεία για το παθητικό κάπνισμα και μελέτες που έγιναν σε υγιείς και ασθενείς καθώς και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτές. Ο εθισμός και η εξάρτηση επίσης αποτελούν σημαντικά θέματα αναφορά μας.

Ακολουθούν ακόμα αναφορές σχετικά με την πρόληψη και τα μέτρα κατά του καπνίσματος καθώς και το ρόλο του ιατρού και του νοσηλευτή. Τέλος δίνονται κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως η επαφή με τον καπνιστή και η σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση απέναντι στον καπνιστή που θέλει να διακόψει το τσιγάρο και στον καπνιστή που δεν θέλει να το διακόψει καθώς και τρόπους δράσεις και εντατικές παρεμβάσεις από τον κλινικό ιατρό.

ABSTRACT

The consumption of tobacco has been described as an epidemic which is spreading in an uncontrolled pace. It has been observed in several studies that indicated a sharp increase in the rate of youth smoking. According to references both active and passive smoking cause irreversible effects on humans and diseases, sometimes evolution is proved fatal for their lives.

Because of the new Law ΦΕΚ Α 262/22.12.2008 new measures concerning the prohibition of smoking in all public and private spaces, designed to reduce smoking and protect non-smokers, we decided to explore the issue of smoking and in particular the effects in the human body. Initially the aim of our work is information about the smoke, chemical composition and harmful products of combustion of cigarettes.

We state some epidemiological characteristics resulting from research and studies in various countries of Europe, showing the percentage of people who die each year from diseases related to smoking such as cancer, bronchitis and cardiovascular diseases.

Our main goal is the adverse effects caused by smoking on the human body such as the cardiovascular, respiratory and digestive system. It is also well known that smoking causes cancer in many parts of the body. So we thought it is wise to mention the organs and body parts that come in direct contact with tobacco smoke as the oral cavity, esophagus, lungs, bronchi and cause cancer.

It has been demonstrated by epidemiological studies that tobacco has a negative effect on female and male fertility. So we discussed the effects caused by smoking before and during pregnancy and the fetus. Then we give details about passive smoking, and studies in healthy

volunteers and patients and the conclusions derived from them. Addiction and dependence are also important issues our report.

There are further reports on the prevention and measures against smoking and the role of the nurse and doctor. Finally some guidelines for smoking cessation, such as contact with the smoker and brief counseling intervention against the smoker who wants to stop smoking and the smoker that does not want to stop and also actions and intensive interventions by the clinician doctor.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Contents

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΠΝΟΣ.....	13
1.1 Ιστορική ανάδρομη της εξέλιξης του καπνού	13
1.2 Ορισμός καπνίσματα.....	16
1.3 Χημική σύσταση του καπνού.....	17
1.3.1 Φάσεις του καπνού	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. <i>ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΥΣΕΩΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ</i>	21
2.1 Νικοτίνη.....	21
2.1.1 Η δράση της νικοτίνης	24
2.1.2 Η φαρμακολογική δράση της νικοτίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ) 24	
2.2 Πίσσα	25
2.3 Μονοξείδιο του άνθρακα	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. <i>ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΜΙΑΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ</i>	28
3.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	28
3.2 Νοσολογικές συνέπειες καπνίσματα	29
3.3 Κλινική εικόνα καπνιστή.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. <i>ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ</i> ..	32
4.1 Βλαπτικές επιδράσεις καπνίσματα στο καρδιαγγειακό σύστημα.....	32
4.1.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	33
4.2 Βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματα στο αναπνευστικό σύστημα	40
4.2.1 Βλάβες Ανωτέρου Αναπνευστικού Συστήματος	49
4.2.2 Επιπτώσεις του καπνίσματος στη στοματική κοιλότητα	50
4.3 Βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματα στο πεπτικό σύστημα	51
4.4 Αλλά νοσήματα και επιδράσεις.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. <i>ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ</i>	53
5.1 Γενική θεώρηση καρκινογένεσης.....	53

5.1.1 Είδη καρκίνου	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΗΣΗ.....	68
7.1 Επιδράσεις του καπνίσματος προ της γονιμοποίησης	68
7.2 Επιδράσεις του καπνίσματος στην κύηση και το έμβρυο.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	74
8.1 Παθητικό κάπνισμα και ενήλικες	75
8.2 Παθητικό κάπνισμα και παιδιά	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ, ΕΘΙΣΜΟΣ, ΕΞΑΡΤΗΣΗ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΕΩΣ	79
9.1 Εθισμός και εξάρτηση	79
9.2 Στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή του καπνίσματος	80
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	82
10.1 Πρόληψη και μετρά κατά του καπνίσματος	82
10.2 Απαγόρευση καπνίσματος	88
10.3 Ο ρόλος του ιατρού και νοσηλεύτη στην πρόληψη του καπνίσματος.....	91
10.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλεύτη και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχετικά με το κάπνισμα	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	96
11.1 Επαφή με τον καπνιστή.....	96
11.2 Σύνομη συμβουλευτική παρέμβαση.....	96
11.2.1 Για τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα	97
11.2.2 Για τους καπνιστές οι οποίοι δεν θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα	103
11.2.3 Για τους καπνιστές που έχουν πρόσφατα διακόψει το κάπνισμα	105
11.3 Πιο εντατικές παρεμβάσεις από τον κλινικό ιατρό	107
11.4 Εμβόλιο εναντίον του καπνίσματος.....	108
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	111

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το τσιγάρο είναι ένα ναρκωτικό που ποτέ δε σου δίνει αυτά που περιμένεις. Για παράδειγμα, τα αγόρια συνήθως αρχίζουν να καπνίζουν για να δείχνουν σκληροί άνδρες, ενώ οι γυναίκες για να δείχνουν μοντέρνες και σοφιστικές. Πριν καλά καλά τα αγόρια μάθουν να παίζουν τους «σκληρούς άνδρες» και τα κορίτσια τις «απελευθερωμένες γυναίκες», έχουν κιάλας μετανιώσει που έμπλεξαν με το τσιγάρο.

Οι περισσότεροι έφηβοι που καπνίζουν αναφέρουν ότι παρακινήθηκαν κυρίως από τους φίλους τους. Αυτό το λένε, γιατί αρνούνται να παραδεχθούν τη σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά και τη στάση προτύπων όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι και δεν αντιλαμβάνονται την έλξη που ασκούν επάνω τους οι διάφοροι δυναμικοί χαρακτήρες που εμφανίζονται να καπνίζουν στις κινηματογραφικές ταινίες και διαφημίσεις.¹

Η συνήθεια του καπνίσματος συνδέεται και με την προσπάθεια του εφήβου να ανακαλύψει τρόπους να ελέγχει συγκινησιακές καταστάσεις όπως ο θυμός, το άγχος ή κατάθλιψη. Στην προσπάθειά του αυτή, ο έφηβος συχνά παλινδρομεί σε προτιμότερα στάδια ανάπτυξης που αφυπνίζουν την επιθυμία για ικανοποιήσεις, όπως το φαγητό, τα γλυκά ή τα ποτά, τα οποία μπορεί να εκτονώνονται και με το κάπνισμα.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το κάπνισμα λειτουργεί θεραπευτικά ως μια εναλλακτική «απόλαυση» που ανακουφίζει και ελέγχει τις συγκινήσεις. Φαίνεται μάλιστα πως οι έφηβοι προτιμούν αυτή την εναλλακτική λύση, που συνδέεται και με την επιθυμία τους να πειραματίζονται με τις συνήθειες των ενηλίκων για να αισθάνονται και να δείχνουν «ώριμοι».³

Το κάπνισμα θεωρείται ο πιο επικίνδυνος εχθρός της δημόσιας

υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η Ελλάδα κατέχει το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη χώρα σε κατανάλωση τσιγάρων μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Εκτιμάται ότι τα επόμενα 50 χρόνια το κάπνισμα θα προκαλέσει 450 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο. Εάν οι καπνιστές μειωθούν κατά 50%, θα αποφευχθούν 20-30 εκατομμύρια πρόωμοι θάνατοι κατά το πρώτο τέταρτο του αιώνα μας. Η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος στις νέες ηλικίες θα ελαττώσει σημαντικά τον αριθμό των πρόωμων θανάτων, όμως τα αποτελέσματα θα αρχίσουν να διαφαίνονται μόνο μετά από το 2050. Έτσι ο μόνος δρόμος για να επιτευχθεί η ελάττωση της θνησιμότητας που οφείλεται στο κάπνισμα του τσιγάρου είναι η διακοπή του καπνίσματος.⁴

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας, το 1998 κάπνιζε το 45% των ανδρών και το 32% των γυναικών. Πρόκειται για άτομα ανώτερης εκπαίδευσης, κατοίκους κυρίως αστικών κέντρων. Ανησυχητικά είναι και τα αποτελέσματα μελετών των Π. Μπιλάλη και συνεργατών του, που πραγματοποιήθηκαν το 1998 και αφορούσαν μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων του Λεκανοπεδίου Αττικής. Το καθημερινό κάπνισμα, όσον αφορά τα Γυμνάσια, ήταν για τα αγόρια 3,3% και τα κορίτσια 3,9% ενώ στα Λύκεια 21,6% για τα αγόρια και 19,7% για τα κορίτσια.

Τα τελευταία 25 χρόνια ελάχιστα έχουν γίνει στην Ελλάδα για την διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. Σημαντικά μέτρα βέβαια είναι η απαγόρευση της διαφήμισης των τσιγάρων, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, η αναγραφή σε κάθε πακέτο της πρότασης "Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την Υγεία". Όμως δεν υπάρχουν στοιχεία μείωσης του καπνίσματος που να αντανakλούν την πρόοδο στην πρόληψη. Η μόνη οργανωμένη αντικαπνιστική εκστρατεία πραγματοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας την τριετία

1978-1981, κατά την οποία η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων σημείωσε μείωση 0,1%. Μετά την εγκατάλειψη αυτής της αντικαπνιστικής προπαγάνδας, η μέση ετήσια αύξηση κατανάλωσης ανήλθε πάλι στο 5%.³

Σαν αντίδραση στα μέτρα περιορισμού του καπνίσματος σε παγκόσμια κλίμακα, η καπνοβιομηχανία εισήγαγε τα λεγόμενα "ελαφρά" τσιγάρα τα οποία περιέχουν λιγότερη ποσότητα νικοτίνης και πίσσας, επιτρέπουν όμως σε πολλούς καπνιστές να καπνίζουν περισσότερο.

Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος διαδραματίζει ο γιατρός και μάλιστα ο Οικογενειακός γιατρός, ο οποίος με την προσωπική επαφή με τον ασθενή, μπορεί να απευθύνει τις κατάλληλες συμβουλές τόσο στον ίδιο όσο και στο περιβάλλον του καπνιστή.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΠΝΟΣ

1.1 Ιστορική ανάδρομη της εξέλιξης του καπνού

Ας δούμε λοιπόν, πως μπήκε η μάστιγα του καπνού στη ζωή μας. Πότε και από πού άρχισε και πως έφθασε να είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της δημόσιας υγείας.

Για κανένα άλλο προϊόν του φυτικού βασιλείου δεν ειπώθηκαν, γράφτηκαν και έγιναν τόσα πολλά και παράδοξα όσα για τον καπνό. Αλλά και για κανένα άλλο φυτό και προϊόν η ιστορία δε συνδέθηκε εκτός από την ανακάλυψη μιας νέας ηπείρου- με τη δραστηριότητα τόσων ετερόκλιτων προσώπων και τη δημιουργία τόσων αντιπαραθέσεων, εντάσεων, αναταραχών και ιδιορρυθμών καταστάσεων.

Οι άνθρωποι φαίνεται ότι καπνίζουν από πολύ παλιά αφού κι ο Ηρόδοτος ακόμη μας πληροφορεί πως οι Σκύλες και οι αρχαίοι κάτοικοι της Αφρικής έκαιγαν κάποια φυτά και ρουφούσαν τον καπνό που έβγαινε από αυτά. Ακόμη και σε αρχαίους κινέζικους πίνακες μπορεί να δούμε αναπαραστάσεις ανθρώπων που καπνίζουν.⁵

Η λέξη «τσιγάρο» μαρτυρείται από το 1871. Οι πρώτες ενδείξεις για το κάπνισμα αναφέρονται στο τέλος του 15ου αιώνα και ειδικά το 1492, τη χρονιά που ανακαλύφθηκε από τον Κολόμβο η Αμερική. Όταν ο Κολόμβος είχε αράξει στο νησί που μόλις είχε ανακαλύψει, το San Salvador, παρατήρησε με τους συντρόφους του ότι οι ιθαγενείς τύλιγαν φύλλα κάποιου φυτού σε σχήμα κυλίνδρου, τα ξέραιναν και κάπνιζαν.

Το 1551 όταν ο Φερδινάνδος Κορτές κατάκτησε το Μεξικό, οι Ινδιάνοι καλλιεργούσαν συστηματικά το φυτό αυτό για απολαυστική χρήση αλλά και σαν φάρμακο για πολλές αρρώστιες.

Αργότερα οι Ευρωπαίοι, άποικοι της Αμερικής μετέφεραν το φυτό αυτό στην Ευρώπη. Την ονομασία «tobacco» όπως φαίνεται, την πήρε

από την επαρχία Ταμπάγκο του Ντομίνγκο. Από την επαρχία αυτή ο Ισπανός καλόγερος Ρομάν Πανό το 1496, μετέφερε τους πρώτους σπόρους στην Ισπανία, όπου ο καπνός άρχισε να καλλιεργείται σαν διακοσμητικό φυτό.^{6,3}

Το 1560 ήταν η αρχή της εξάπλωσης του καπνού και αυτό έγινε διότι ο πρεσβευτής της Γαλλίας στη Λισσαβόνα, Jean Nicot, έστειλε στη βασίλισσα Αικατερίνη των Μεδίκων σκόνη καπνού, με σκοπό να θεραπεύσει τις ημικρανίες της. Έτσι, προήλθε το όνομα του γένους του φυτού «νικοτιανή» και η λέξη «νικοτίνη». Σύμφωνα με την οδηγία του πρεσβευτή, τα φύλλα του φυτού έπρεπε να μετατρέπονται σε σκόνη και αυτή να τη ρουφάει κανείς από τη μύτη. Επειδή ελαμβάνετο υπό μορφή σκόνης πήρε το όνομα «σκόνη της Βασιλίσσης». Ο καπνός την εποχή εκείνη αποτελούσε πολυτέλεια και προνόμιο των ευγενών και η χρήση του έπαιρνε τη θέση στοιχείου ταξικής διακρίσεως. Στην Αγγλία όπου ο καπνός εμφανίστηκε το 1585, το κάπνισμα απαγορεύτηκε με επιβολή βαριών τιμωριών. Όσους καταλαμβάνονταν από τη συνήθεια αυτή τους γύριζαν στους δρόμους με μια θηλιά στο λαιμό. Τους αδιόρθωτους καπνιστές τους αποκεφάλιζαν, εκθέτοντας τα κομμένα τους κεφάλια στις πλατείες με ένα τσιπούκι στο στόμα.⁴

Στην Αγγλία, η κατανάλωση και η εισαγωγή του καπνού αυξήθηκαν τόσο γρήγορα ώστε η Βασίλισσα Ελισάβετ η Α΄ αναγκάστηκε να επιβάλλει το 1590 φόρο εισαγωγής 2 πέννες για κάθε κιλό.

Το κάπνισμα σύντομα έγινε θέμα ισχυρών αντιπαραθέσεων, όταν οι νοσηρές επιπτώσεις του έγιναν αντιληπτές αμέσως μετά την εισαγωγή του στην Ευρώπη από την Αμερική. Από τη μια ήταν εκείνοι που θεωρούσαν τον καπνό σαν ισχυρό τονωτικό και φάρμακο για πολλές ασθένειες και από την άλλη αυτοί που πίστευαν πως ήταν μια βλαβερή ουσία.

Ανάμεσα στους πολέμιους ήταν και ο Βασιλιάς Ιάκωβος ο Α΄ της Αγγλίας, ο οποίος άρχισε την πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία, με την διακήρυξή του το 1603, όπου επέβαλλε δασμό στον εισαγόμενο καπνό και χαρακτήρισε το κάπνισμα όχι μόνο σαν μια ματαιοδοξία αλλά και σαν μια βρώμικη και αηδιαστική συνήθεια που είναι ενοχλητική και ερεθιστική για τα μάτια, βλαπτική για τον εγκέφαλο και επικίνδυνη για τους πνεύμονες.⁷

Παρόλα αυτά, από τις παραπάνω χώρες το κάπνισμα μεταδόθηκε γρήγορα στην υπόλοιπη Ευρώπη με χρήση κυρίως της πίπας, ενώ αργότερα προστέθηκε η μάσηση και το ρούφηγμα σκόνης καπνού από τη μύτη που διατηρήθηκε από τους κοσμικούς κύκλους μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα.

Δυστυχώς όμως, η βλαβερή αυτή συνήθεια διαδόθηκε αστραπιαία όχι μόνο σε ολόκληρη την Ευρώπη αλλά και στην Ανατολή, φθάνοντας μέχρι την Περσία, παρά το γεγονός ότι κατά τον 17^ο αιώνα το κάπνισμα τιμωρείτε με θάνατο στη Ρωσία και την Περσία. Λέγεται πως ο Τούρκος Σουλτάνος Μουράτ ο Δ΄, είχε εκτελέσει 18 καπνιστές σε μια ημέρα!

Τίποτα όμως δε στάθηκε ικανό να αναχαιτίσει την επέκταση της καλλιέργειας της «Νικοτιανής της Ταμβάκου» μέχρι τα βάθη της Ανατολής. Ινδία, Νότιος Αφρική, Ροδεσία, Κίνα και Ιαπωνία γρήγορα υιοθέτησαν την καλλιέργεια καπνού σε μεγάλη κλίμακα. Στην Αίγυπτο η καλλιέργεια του φυτού απαγορεύτηκε το 1891, ενώ οι ανάγκες των Αιγυπτίων καπνιστών καλύπτονταν από φύλλα τούρκικου καπνού. Γρήγορα ο ενθουσιασμός για τον καπνό αντικαταστάθηκε από την απογοήτευση, επειδή η χρησιμοποίησή του και πιο πολύ η κατάχρησή του, όχι μονάχα δεν έφερνε καμιά ωφέλεια, αλλά αποδεικνύονταν επικίνδυνη. Το 1680 ο Γάλλος βασιλιάς Λουδοβίκος ο 13ος έβγαλε ψήφισμα σύμφωνα με το οποίο μονάχα οι φαρμακοποιοί είχαν το

δικαίωμα να πωλούν αυτό το φάρμακο.⁵

Στην Ελλάδα, η καλλιέργεια και η εμπορία του καπνού και φυσικά το κάπνισμα, αρχίζει από τα μέσα του 17ου αιώνα.

Κατά το τέλος του 19ου αιώνα σχεδόν ίσος αριθμός χρηστών μασούσαν τα φύλλα καπνού με όσους τα κάπνιζαν, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Τσιγάρα κατασκευάστηκαν πρώτη φορά στη Βραζιλία και πολύ γρήγορα επικράτησαν σαν τρόπος καταναλώσεως του καπνού. Η παραγωγή των πρώτων βιομηχανοποιημένων τσιγάρων σηματοδότησε μια πραγματική επανάσταση στις συνήθειες του καπνίσματος σε όλον τον κόσμο.

Το κάπνισμα διαδόθηκε πολύ κατά τον 1^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στους άνδρες και μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο και στις γυναίκες. Στοιχεία από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη δείχνουν ότι η κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1923-1963, ενώ από το 1964, τη χρονιά που δημοσιεύτηκε η πρώτη έκθεση στην Αμερική για το κάπνισμα και την υγεία, αρχίζει να ελαττώνεται.²

Για την Ελλάδα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται, με εξαίρεση την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας (1978-1980).

Τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει μια αλλαγή στην προτίμηση των καπνιστών από τα απλά τσιγάρα σε εκείνα με το φίλτρο. Σήμερα, τα απλά τσιγάρα αντιπροσωπεύουν μικρό ποσοστό της ολικής καταναλώσεως, ενώ αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση τσιγάρων με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα.⁸

1.2 Ορισμός καπνίσματα

Το κάπνισμα είναι μια διαδικασία κατά την οποία μια ουσία, πιο συνηθισμένα ο καπνός, καίγεται και δοκιμάζεται η εισπνέεται. Καθώς η

καύση απελευθερώνει ενεργές ουσίες, όπως η νικοτίνη, τις καθιστά διαθέσιμες για την απορρόφησή τους μέσω των πνευμόνων. Μπορεί επίσης να γίνει κατά τη διάρκεια τελετουργικών, για να προκαλέσει τον πνευματικό Διαφωτισμό. Η πιο κοινή μέθοδος σήμερα καπνίσματος είναι μέσω των τσιγάρων, είτε αυτών που κατασκευάζονται βιομηχανικά είτε στριφτών με χαλαρό καπνό και ένα στριφτό χαρτί. Άλλες μορφές, όχι και τόσο κοινές, είναι με σωλήνες νερού, πούρα, δοχεία, κ.α.⁹

1.3 Χημική σύσταση του καπνού

Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου έχει βλαβερές επιδράσεις στην υγεία του ανθρώπου, αφού περιέχει ποσότητες τοξικών, καρκινογόνων, μεταλλαξιογόνων και τερατογόνων χημικών ουσιών, που περιέχονται στα 2 ρεύματα του καπνού του τσιγάρου.

Ο καπνός χωρίζεται σε 2 ρεύματα: Το κύριο και το παράπλευρο. Το κύριο ρεύμα (ΚΡ) παράγεται κατά τη διάρκεια της εισρόφησης του καπνού από τον καπνιστή στη θερμή περιοχή του τσιγάρου (καύτρα) και διεισδύει στους πνεύμονες. Το παράπλευρο ρεύμα (ΠΡ) παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος του καπνού εκπνέεται από τον καπνιστή.⁷

Η χημική σύσταση του κυρίου ρεύματος περιλαμβάνει :

1) ΟΞΕΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ :

Μονοξείδιο του άνθρακα (CO) και Διοξείδιο του άνθρακα (CO₂). Το Μονοξείδιο του άνθρακα θεωρείται υπεύθυνο για τις καρδιαγγειακές παθήσεις στους καπνιστές.⁷

2) ΟΞΕΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ :

Οξείδιο του αζώτου (NO), Διοξείδιο του αζώτου (NO₂) και Υποξείδιο

του αζώτου (N₂O). Τα οξείδια του αζώτου είναι βλαβερά για το αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου.⁷

3) ΑΛΔΕΥΔΕΣ ΚΑΙ ΚΕΤΟΝΕΣ:

Οι αλδεύδες και οι κετόνες στον καπνό του τσιγάρου σχηματίζονται από παράλυση πολυσακχαριτών, πτητικών πρωτεϊνών και τριγλυκεριδίων. Οι ενώσεις αυτές είναι τοξικές για τις βλεφαρίδες των κυττάρων και εμποδίζουν τον καθαρισμό των πνευμόνων. Η φορμαλδεύδη είναι αποδεδειγμένο καρκινογόνο.⁷

4) ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ :

Οι πτητικές ουσίες (καρκινογόνες ουσίες) του ΚΡ είναι το βενζόλιο, η υδρανίνη και η ουρεθάνη.⁷

5) ΜΕΤΑΛΛΑ :

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει συγκεντρώσεις ορισμένων μετάλλων όπως κάλιο, χαλκό, ψευδάργυρο, νικέλιο, κάδμιο, υδράργυρο.⁷

6) ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΑΣΤΟΙΧΕΙΑ :

Περιέχει ραδιενεργά στοιχεία όπως ράδιο (^{226}Ra , ^{228}Ra), φθόριο (^{228}Th), πολώνιο (^{210}Po), και μόλυβδο (^{210}Pb). Η αυξημένη πιθανότητα καρκίνου των πνευμόνων στους καπνιστές οφείλεται στην πιθανή συγκέντρωση των ραδιενεργών στοιχείων στους βρόγχους τους.⁷

Με βάση τη θερμοδυναμική παράγονται περίπου 4.000 ουσίες-ενώσεις υπό στερεά, υγρή και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 600-800°C και ποικίλει μέχρι το άλλο άκρο. Τα παραγόμενα συστατικά αυτά προκαλούν βλαπτικές επιδράσεις στον άνθρωπο.⁸

1.3.1 Φάσεις του καπνού

Ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου διακρίνεται σε 2 φάσεις : Τη σωματιδιακή και την αέρια. Η σωματιδιακή φάση

αποτελείται από την νικοτίνη, την πίσσα και το νερό, ενώ η αέρια από το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), τα οξείδια του αζώτου (NO), τις πτητικές N-νιτροζαμίνες, το υδροκυάνιο και την ακρολεΐνη.⁹

1) ΝΙΚΟΤΙΝΗ :

Πρόκειται για ένα φυσικό αλκαλοειδές σε υγρή κατάσταση, μια άχρωμη πτητική βάση, η οποία αποδίδει την μυρωδιά του καπνού όταν εκτίθεται στον αέρα. Είναι ένα από τα τοξικότερα δηλητήρια και Απορροφάται γρήγορα από την στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες και προκαλεί έκκριση των κατεχολαμινών, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία. Θεωρείται υπεύθυνη για τα οξέα καρδιακά επεισόδια που αποδίδονται στο κάπνισμα. Η θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε περίπου 60 χιλιοστά του γραμμαρίου και ύστερα από μια διεγερτική φάση με σπασμούς, επιφέρει τον θάνατο από κεντρική και περιφερική παράλυση της αναπνοής. Έχει παρατηρηθεί ότι οι καπνιστές ρυθμίζουν τη δόση της νικοτίνης που εισπνέουν με τον καπνό.⁷

2) ΠΙΣΣΑ :

Είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη. Αυτή ακριβώς η ουσία περιέχει και το άρωμα. Αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς και αρωματικούς υδρογονάνθρακες, όπως το βενζοπυρένιο και το βενζοανθρακένιο οι οποίοι έχουν καρκινογόνο επίδραση. Η περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα έχει μειωθεί κατά 25% μέσα στην τελευταία δεκαετία και γίνονται συνεχώς προσπάθειες να μειωθεί και άλλο. Η πίσσα εμποδίζει τους πνεύμονες και διαταράσσει την αναπνοή και με τον τρόπο αυτό, όπως και τα άλλα συστατικά των τσιγάρων, ευθύνεται για την τοξικότητά τους και οδηγεί σε εξάρτηση από τον καπνό και σε πολυάριθμες ασθένειες που συνδέονται με την κατανάλωση καπνού.⁷

3) ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Απορροφάται κυρίως από τις κυψελίδες. Συνδέεται σταθερά με την αιμοσφαιρίνη και έτσι μειώνει την ικανότητα του αίματος να οξυγονώσει τους ιστούς. Σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση.⁷

4) ΟΞΕΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ

Ευθύνονται για την ανάπτυξη της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.⁷

5) ΠΤΗΤΙΚΕΣ Ν-NΙΤΡΟΖΑΜΙΝΕΣ :

Είναι ουσίες καρκινογόνες σε ζώα.⁷

6) ΥΔΡΟΚΥΑΝΙΟ ΚΑΙ ΑΚΡΟΛΕΪΝΗ :

Βλάπτουν κυρίως το κροσσωτό επιθήλιο.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΥΣΕΩΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

2.1 Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι ένα ισχυρότατο αλκαλοειδές. Υπενθυμίζεται ότι τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ουσίες, φυτικής προέλευσης, με αλκαλικές αντιδράσεις που επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα των ανθρώπινων οργανισμών. Άλλα αλκαλοειδή είναι η κοκαΐνη, η μορφίνη, η στρυχνίνη και η καφεΐνη.

Η νικοτίνη, στη φυσική της μορφή είναι ένα άχρωμο έλαιο, πικρό και καυτερό, το οποίο σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα. Στον καπνό ανάλογα με την ποιότητα, υπάρχει σ' ένα ποσοστό που ποικίλει από 1% μέχρι και 8%. Στον επεξεργασμένο καπνό των τσιγάρων, το ποσοστό νικοτίνης δεν ξεπερνά το 2%.¹⁰

Ένα από τα χαρακτηριστικά του φυτού – καπνού είναι η ανάπτυξη τοξικών αντιδότην τα οποία χρησιμοποιεί στην άμυνά του κατά των διαφόρων εντόμων, περιέχει δηλαδή ουσίες πραγματικά εντομοκτόνες. Επομένως η νικοτίνη, δρα στο νευρικό σύστημα των εντόμων και δεν περιορίζεται μόνο σε αυτά, αλλά και στα θηλαστικά που έρχονται σε επαφή μαζί της.

Η νικοτίνη απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από τον βλεννογόνο με τον οποίον έρχεται σε επαφή και ιδιαίτερα με το βρογχικό επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων. Μόλις εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το ήπαρ και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί.¹⁰

Είναι ισχυρότατο δηλητήριο και επιδρά στο νευρικό σύστημα. Μια δύο σταγόνες είναι δυνατόν να προκαλέσουν άμεσο θάνατο στα ζώα (κουνέλι, σκύλο, γάτα).

Η νικοτίνη έχει μια ξεχωριστή ενέργεια στο Κ.Ν.Σ, τόσο στο συμπαθητικό όσο και στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Τα πρώτα λεπτά η νικοτίνη ερεθίζει τα παρασυμπαθητικά γαγγλία που προκαλούν καρδιακή αρρυθμία και έντονη διαστολή των αγγείων, με αποτέλεσμα την πτώση της αρτηριακής πίεσης. Αυτή η πρώτη ενέργεια ακολουθείται από τον ερεθισμό των γαγγλίων του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που εμποδίζει τη δράση του παρασυμπαθητικού συστήματος. Τότε, προκαλείται ταχυπαλμία, απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και επιβράδυνση στις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Η παρουσία μεγάλης ποσότητας νικοτίνης στο αίμα, έχει σαν αποτέλεσμα την παράλυση τόσο των συμπαθητικών όσο και των παρασυμπαθητικών γαγγλίων με μείωση στον καρδιακό ρυθμό.⁵

Αρνητική ενέργεια σε σημαντικό βαθμό έχει η νικοτίνη στην οπτική ικανότητα. Προκαλεί περιορισμό στον αμφιβληστροειδή χιτώνα με συνέπεια τη μείωση της οξύτητας της όρασης και της ευαισθησίας στα χρώματα.

Η ένταση αυτών των διαταραχών ποικίλει από καπνιστή σε καπνιστή. Υπάρχουν άτομα που μπορούν να απορροφήσουν μεγάλες ποσότητες νικοτίνης, χωρίς βλάβες, επειδή διαθέτουν ένα μεγάλο απόθεμα ενζύμων ικανό να χωνέψει γρήγορα τα αλκαλοειδή. Αντίθετα, άλλα άτομα που έχουν προδιάθεση σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος αδυνατούν να αντιδράσουν και στη μικρότερη ποσότητα νικοτίνης. Επίσης, όσοι, για λόγους εργασίας έρχονται συνεχώς σε επαφή με τον καπνό παθαίνουν δηλητηριάσεις ανάλογα με τον οργανισμό του καθενός.

Σύμφωνα με ανακοίνωση της Αμερικανικής Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων (F.D.A), η νικοτίνη είναι τοξική ουσία που επιδρά στον οργανισμό με τον ίδιο τρόπο όπως τα ναρκωτικά: η συστηματική της χρήση προκαλεί εθισμό και η διακοπή της συνοδεύεται από στερητικό

σύνδρομο (ταχυπαλμία, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, υπνηλία, τρεμούλα, εκνευρισμό, αϋπνία κ.λ.π.¹¹

Η πιθανότητα κινδύνου αυξάνεται, γενικά ανάλογα με¹⁰ :

1. τον αριθμό των τσιγάρων την ημέρα
2. τον αριθμό των ετών καπνίσματος
3. την ηλικία έναρξης
4. από τις βαθιές ρουφηξιές
5. τον χρόνο που κρατά τον καπνό μέσα του
6. την περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη
7. το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα, μεταξύ των εισπνοών καπνού και
8. την ποσότητα από το μήκος του τσιγάρου που καπνίζει

Στην καρδιά συνοπτικά η νικοτίνη προκαλεί⁹ :

- αύξηση της αρτηριακής πίεσης
- αύξηση της καρδιακής συχνότητας
- αύξηση της παροχής
- αύξηση της μυοκαρδιακής ταχύτητας συστολής
- και αύξηση της ταχύτητας συστολής της μυϊκής ίνας, με αρνητική ινότροπο ενέργεια.

Όπως προανέφερα, η νικοτίνη σε καθαρή μορφή είναι ένα δραστικότερο δηλητήριο του νευρικού συστήματος. Ενδεχομένως θάνατο να προκαλέσουν και τα τσιγάρα εάν καπνιστούν το ένα αμέσως μετά το άλλο σε κλειστό χώρο, λόγω της δηλητηρίασης από τη νικοτίνη και της παράλυσης του κέντρου αναπνοής. Η απορρόφηση βέβαια της νικοτίνης, εξαρτάται από το πόσο βαθιές είναι οι ρουφηξιές που κάνει ο καπνιστής. Η νικοτίνη η οποία αποδίδεται από το κάπνισμα ενός τσιγάρου υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 1 χιλιοστό γραμμαρίου (από 0,05 –2

χιλ.). Από το ποσό αυτό απορροφάται το 90%, ενώ όταν δεν εισπνέει τον καπνό η απορρόφηση πέφτει στο 10%.⁹

2.1.1 Η δράση της νικοτίνης

Σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε στο πως η νικοτίνη δρα στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο καπνός των τσιγάρων εισρροφείται κατευθείαν από τους πνεύμονες, όπου μεταφέρεται μέσα από λεπτές μεμβράνες στους ιστούς των πνευμόνων και στο κυκλοφορικό σύστημα. Από εκεί, το 1/4 της νικοτίνης πηγαίνει κατευθείαν στον εγκέφαλο, όπου διεγείρει τους νικοτινικούς υποδοχείς. Τότε, ο εγκέφαλος ελευθερώνει χημικές ουσίες οι οποίες με τη σειρά τους διεγείρουν το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι καρδιακοί παλμοί χτυπούν γρηγορότερα και ανεβαίνει η πίεση του αίματος.

Στο μεταξύ, τα υπολείμματα της νικοτίνης μεταφέρονται με το κυκλοφορικό σύστημα στο υπόλοιπο σώμα, όπου δρα ένας αριθμός νικοτινικών υποδοχέων, εντοπίζοντας τους στα σωματικά κύτταρα. Διεγείρει τα γαστρεντερικά σωληνάκια και προκαλεί απελευθέρωση της επινεφριδίνης από τα επινεφρίδια. Οι κόρες των ματιών και τα βρογχιόλια των πνευμόνων διαστέλλονται, ενώ τα αιμοφόρα αγγεία των δακτύλων των χεριών και των ποδιών συστέλλονται. Η νικοτίνη δρα επίσης στον μεταβολισμό του γλυκογόνου σε γλυκόζη.⁸

2.1.2 Η φαρμακολογική δράση της νικοτίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ)

Η φαρμακολογία της εξάρτησης από τη νικοτίνη μπορεί να αναλυθεί με 4 διαδικασίες⁹

- 1) Απορρόφηση της νικοτίνης από τον οργανισμό.
- 2) Διανομή της νικοτίνης στον οργανισμό.
- 3) Φαρμακολογικές επιδράσεις της νικοτίνης σε όργανα – στόχους και

4) Μετάφραση των φαρμακολογικών επιδράσεων σε συμπεριφορά.

Η διανομή της νικοτίνης στον οργανισμό του καπνιστή επιτυγχάνεται κυρίως με την πνευμονική κυκλοφορία παρά με τη συστηματική φλεβική κυκλοφορία. Η νικοτίνη υπολογίζεται ότι χρειάζεται 7-19 λεπτά για να φθάσει στον εγκέφαλο.

Η δράση της νικοτίνης οφείλεται στην ενεργοποίηση των νικοτινικών χολινεργικών υποδοχέων του Κ.Ν.Σ. Σε νεότερη μελέτη βρέθηκε ότι η νικοτίνη δρα φαρμακοδυναμικά σε νικοτινικούς χολινεργικούς υποδοχείς στον εγκέφαλο και άλλα όργανα του σώματος.

Η ντοπαμίνη είναι μια χημική ουσία που ρυθμίζει τη διάθεση και διαμορφώνει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Σήμερα, πιστεύεται πως η ντοπαμίνη δεν είναι απλώς μια ουσία που μεταβιβάζει τα μηνύματα απόλαυσης και αγαλλίασης, αλλά είναι το κύριο μόριο της εξάρτησης.

Η απελευθέρωση ακετυλοχολίνης μπορεί να συσχετίζεται με απόδοση σε θέματα συμπεριφοράς και μνήμης. Το κάπνισμα προκαλεί την έκλυση Βενδορφίνης το οποίο δρα με μείωση του άγχους και της έντασης.³

2.2 Πίσσα

Εκτός από την παραγόμενη νικοτίνη, κατά την καύση του τσιγάρου και μάλιστα κατά την φάση της υψηλής θερμοκρασίας σχηματίζονται μέσω της πυρόλυσης, αέρια άλλα και υπερμικροσκοπικά μόρια άνθρακα και υδρογόνου τα οποία αμέσως με πυροσύνθεση παράγουν πολυκυκλικούς και αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι.

Η πίσσα του τσιγάρου παραγόμενη και αυτή μέσω της πυρόλυσης – πυροσύνθεσης και μάλιστα το περιεχόμενο της – κλάσμα πολυκυκλικών υδρογονανθράκων – το βενζοπυρένιο, είναι ουσία

υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων.¹²

Η πίσσα περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών (βασικές, όξινες, ουδέτερες και αδιάλυτες). Η ουδέτερη μορφή, που είναι το βενζοπυρένιο, είναι η σπουδαιότερη λόγω καρκινογένεσης. Η όξινη μορφή περιέχει ουσίες νιτροσαμίνες και αρωματικές αμίνες κυρίως που ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχιολίων και παραγωγή βλέννας. Μερικές από αυτές όπως οι φαινόλες και οι ακρολεΐνες είναι τοξικές και παραλύουν τους κροσσούς των κυλινδρικών κυττάρων, του βρογχικού επιθηλίου και εμποδίζουν έτσι την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων από τις διάφορες ερεθιστικές ουσίες.

Συνέπεια αυτής της παράλυσης είναι η παραμονή διάφορων ουσιών και επομένως και των καρκινογόνων στις θέσεις εκείνες όπου ξεκινά η καρκινογόνος δράση τους.¹³

Από τον καπνό εύκολα εισέρχονται στους πνεύμονες η σκόνη, τα μικρόβια και η παραγόμενη βλέννη αυξάνει. Με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσεται η αναπνευστική λοίμωξη και νοσηρότητα των ατόμων καπνιστών. Κύριο σύμπτωμα είναι ο βήχας όπου προσπαθεί ο οργανισμός να αυτοθεραπευτεί, να απαλλαγεί από ανεπιθύμητες και βλαβερές ουσίες. Η πίσσα ως εκ τούτου εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος και το ήμισυ των χρόνιων βρογχίτιδων οφείλονται σε αυτή.⁹

2.3 Μονοξείδιο του άνθρακα

Το CO είναι δηλητηριώδες τοξικό αέριο. Εάν από το τσιγάρο αφαιρεθούν η νικοτίνη και η πίσσα, δεν παύει το κάπνισμα να είναι επικίνδυνο με την εισπνοή του μονοξειδίου του άνθρακα που αποτελεί το 5% του ολικού όγκου των καυσαερίων ενός μόνο τσιγάρου.

Με το κάπνισμα, το CO φθάνει στις πνευμονικές κυψελίδες και από εκεί με την ανταλλαγή των αερίων, περνά στην κυκλοφορία μαζί με την νικοτίνη. Συγκεκριμένα, το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει μια πρωτεΐνη του αίματος, την αιμοσφαιρίνη, της οποίας φυσιολογικός προορισμός είναι η δέσμευση και η μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς και την μετατρέπει σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη.¹⁴

Η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη εμποδίζει τα ερυθρά αιμοσφαίρια να πάρουν ανάλογο οξυγόνο και να σχηματίσουν οξυαιμοσφαιρίνη που είναι απαραίτητη για την οξυγόνωση των ιστών και οργάνων του σώματος. Έτσι, στους συστηματικούς καπνιστές μειώνεται κατά 15-20% το οξυγόνο που μεταφέρεται στους ιστούς, με αποτέλεσμα τη βραδεία και συνεχή δηλητηρίαση του οργανισμού από την παρουσία της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης. Εάν το επίπεδο της ανέβει σε μεγάλο ποσοστό στον ανθρώπινο οργανισμό, επέρχεται θανατηφόρος δηλητηρίαση.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΜΙΑΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ

3.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σήμερα στον πλανήτη μας καπνίζουν περίπου 1.200.000.000 άνθρωποι, εκ των οποίων τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που έχουν σχέση με το κάπνισμα όπως καρκίνος, βρογχίτιδα και καρδιαγγειακές νόσους. Επίσης αναφέρετε ότι τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει σε μια καλύτερη ζωή.¹⁵

Επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από ότι οι μη καπνιστές. Ειδικότερα : 1) Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα έχουν διπλάσια θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν 2) Οι άνδρες που καπνίζουν για περισσότερα από 35 χρόνια έχουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν 3) Με τη διακοπή του καπνίσματος μειώνεται η θνησιμότητα και μετά από 15 χρόνια οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου τον ίδιο κίνδυνο με τους μη καπνιστές.¹²

Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι

Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής ηλικίας 35-40 ετών που καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα, έχει 8,5 χρόνια ζωής λιγότερα απ' ότι ένας μη καπνιστής. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο σημειώνονται 75.000-

80.000 θάνατοι από τους οποίους οι 7.500, ποσοστό που αναλογεί στο 10%, αποδίδονται στο κάπνισμα.¹⁵

3.2 Νοσολογικές συνέπειες καπνίσματα

Πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες τεκμηρίωσαν τη σχέση του καπνίσματος με μεγάλο αριθμό νοσημάτων :

1) Καρδιαγγειακά Νοσήματα (αθηρωσκλήρυνση, στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Το κάπνισμα αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες αρτηριοσκλήρυνσης και θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση της ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου μαζί με την υπέρταση και την υπερχοληστεριναιμία.

Σε ότι αφορά την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, μεγάλο μέρος της θνητότητας αποδίδεται στο κάπνισμα. Σε 10 μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η επίπτωση της σχετικής θνητότητας στους καπνιστές ήταν κατά 70% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές. Η επίδραση αυτή του καπνίσματος αυξάνει ανάλογα με την κατανάλωση καπνού. Σε άνδρες καπνιστές ηλικίας 40-59 ετών που καπνίζουν πάνω από ένα πακέτο την ημέρα, ο κίνδυνος ισχαιμικής νόσου είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου στις γυναίκες εξαιτίας του καπνίσματος είναι περίπου ο ίδιος.¹⁶

Εκτός από την πρόκληση της ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου, το κάπνισμα αυξάνει τα συμπτώματα όσων ήδη πάσχουν από τη νόσο. Οι ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν παρουσιάζουν 33% περισσότερα ισχαιμικά επεισόδια από τους μη καπνιστές, και μάλιστα μεγαλύτερης διάρκειας. Επίσης, το κάπνισμα μειώνει την αποτελεσματικότητα της αντιστηθαγχικής και θρομβολυτικής αγωγής μετά από έμφραγμα.

Το κάπνισμα θεωρείται ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για

περιφερειακές αγγειοπάθειες σε άνδρες και γυναίκες. Τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής, που συνήθως οφείλονται στην αρτηριοσκλήρυνση, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το κάπνισμα, με αποτέλεσμα οι θάνατοι από ρήξη του ανευρύσματος να είναι περισσότεροι στους καπνιστές.¹⁴

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα προκαλεί οξεία αιμοδυναμική αντίδραση, που περιλαμβάνει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας, της ακετυλοχολίνης (ACTH), της κορτιζόλης, της αλδοστερόνης και των κατεχολαμινών. Τόσο η κακοήθης υπέρταση όσο και η νεφρογενής υπέρταση είναι πιο συχνές στους καπνιστές.¹⁶

2) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα).

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα 6 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων που έχουν καπνίσει.¹⁵

3) Καρκίνος.

Επιδημιολογικά στοιχεία αποδεικνύουν τη σχέση του καπνίσματος με τις κακοήθεις νεοπλασίες. Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές απ' ό τι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος μεγαλώνει όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος και όσο μικρότερη είναι η ηλικία ενάρξεως, ενώ μειώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε όσους καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο, πούρα, πίπες και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό. Επιπλέον, το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών, του παγκρέατος και του ήπατος.¹⁵

4) Πεπτικό Έλκος.

Η νόσος είναι 1,7 φορές συχνότερη στους καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί στη βελτίωση των συμπτωμάτων και επιταχύνει την επούλωση του έλκους.¹⁴

5) Κάπνισμα Και Εγκυμοσύνη.

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει δυσμενή επίδραση στη γυναίκα και κατ' επέκταση στο έμβρυο. Οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη διακινδυνεύουν αποβολή, γέννηση μωρού με χαμηλό βάρος και παιδιού με δυσκολίες μάθησης ή μειωμένη ανάπτυξη. Το κάπνισμα πριν τη σύλληψη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στα γονίδια που υπάρχουν στο ωάριο και στα σπερματοζωάρια. Οι ερευνητές πιστεύουν πως οι αποβολές και οι γεννήσεις νεκρών νεογνών είναι συχνότερες σε καπνίστριες.¹³

3.3 Κλινική εικόνα καπνιστή

Η κλινική εικόνα του καπνιστή συνήθως είναι :

1. Όταν καπνίζει κάποιος τα ρούχα του μυρίζουν άσχημα πράγμα άβολο όχι μόνο για τον εαυτό του, αλλά και για τους τριγύρω του.
2. Το κάπνισμα του τσιγάρου προκαλεί βήχα, κρυολογήματα και κρίσεις άσθματος σε όσους έχουν άσθμα, κιτρίνισμα των δοντιών και πρόωρη απώλεια τους . Επιπλέον προκαλεί κιτρινωμένα δάχτυλα, αποπνικτική αναπνοή, απίσχναση και καταστροφή της βιταμίνης C στον οργανισμό.
3. Προκαλεί φαγούρα και τρέξιμο των ματιών.
4. Εμφανίζουν βλάβες στο δέρμα δηλαδή το δέρμα είναι ωχρό, χλωμό και εμφανίζουν περισσότερες ρυτίδες σε σχέση με τους μη καπνιστές.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

4.1 Βλαπτικές επιδράσεις καπνίσματα στο καρδιαγγειακό σύστημα

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα οφείλεται κυρίως στη νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα (CO). Τα δυο αυτά συστατικά του καπνού, όπως έχει αποδειχθεί, ευνοούν την ανάπτυξη και την πρόοδο της αθηρωσκλήρυνσεως και των καρδιαγγειακών νόσων.¹⁷

Η νικοτίνη προκαλεί¹⁶:

1. Βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων
2. Υπερπλασία των λείων μυϊκών κυττάρων
3. Μείωση της παραγωγής της ορμόνης, προστακυκλίνης, με αποτέλεσμα την προσκόλληση των αιμοπεταλίων στο ενδοθήλιο
4. Αύξηση της ορμόνης θρομβοξάνης με συνέπεια τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, την αύξηση του ινωδογόνου του πλάσματος, της γλοιότητας του αίματος και του αιματοκρίτη . Αυτές οι αιματολογικές μεταβολές ευνοούν τη θρόμβωση.
5. Διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που εκκρίνει τοπικά κατεχολαμίνες και ενεργοποιεί τους χημειούποδοχείς.

Δημιουργεί μεταβολικές επιδράσεις όπως¹⁷ :

- 1) Αύξηση της χοληστερόλης VLDL και
- 2) Μείωση της χοληστερόλης HDL που ευνοούν την αθηρωσκλήρυνση
- 3) Αύξηση της αυξητικής ορμόνης
- 4) Αύξηση της κορτιζόλης
- 5) Αύξηση της γλυκόζης
- 6) Αύξηση των επιπέδων γλυκερόλης, του γαλακτικού και του πυροσταφυλικού οξέως στο αίμα
- 7) Μείωση των οιστρογόνων και

- 8) Πρόωρη εμμηνόπαυση στις γυναίκες καπνίστριες
- 9) Αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων του ορού

Προκαλεί παθοφυσιολογικές αντιδράσεις του κυκλοφοριακού συστήματος

- 1) αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της καρδιακής παροχής
- 2) αύξηση της συστολικής και διαστολικής πίεσεως
- 3) ταχυκαρδία
- 4) αγγειοσύσπαση των περιφερικών αρτηριών και
- 5) μείωση της παροχής των στεφανιαίων αρτηριών

Το μονοξείδιο του άνθρακα προκαλεί τα εξής :

Δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη, τη μυοσφαιρίνη και την οξειδάση του κυτοχρώματος που μεταφέρουν το οξυγόνο στους ιστούς

Βλάβες των ενδοθηλιακών κυττάρων των αρτηριών

4.1.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Ο κίνδυνος θνησιμότητας από οποιαδήποτε καρδιαγγειακή πάθηση για τους καπνιστές είναι 1,6 φορές μεγαλύτερος από ότι για τους μη καπνιστές, ενώ ο κίνδυνος θνησιμότητας για τους βαρέως καπνιστές ανέρχεται σε 1,9 φορές. Ο σχετικός κίνδυνος προσβολής των καπνιστών από τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι χαμηλός, συγκρινόμενος με τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π, οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν πολλές αιτίες. Το κάπνισμα, σε αυτή την περίπτωση ενεργεί συμπληρωματικά προς τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Μερικοί παράγοντες που αυξάνουν τους κινδύνους πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι π.χ. οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία κλπ. Από την ηλικία των 60 ετών και

πάνω, ο σχετικός κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου διπλασιάζεται. Αντίθετα, όσοι είναι κάτω από 50 ετών και συγχρόνως είναι καπνιστές, έχουν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου από ότι οι μη καπνιστές. Επίσης αναφέρεται ότι οι γυναίκες που καπνίζουν και συγχρόνως λαμβάνουν αντισυλληπτικά, αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνιση αγγειακών θρόμβων.¹⁸

1. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιά για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες αντιστάσεις από το σπασμό των αρτηριών, της αθηρωματικές αλλοιώσεις, την επιβράδυνση της ροής του αίματος και γενικά την υποξυγόνωση των ιστών, αναγκάζεται να επιταχύνει το ρυθμό των καρδιακών παλμών (ταχυκαρδία) και να αυξήσει ακόμα περισσότερο την πίεση του αίματος για να καλύψει τις απαιτήσεις σε οξυγόνο.

Στην προσπάθεια αυτή της καρδιάς να υπερνικήσει τις αντιστάσεις, ο καρδιακός μυς με το χρόνο υπερτρέφεται. Η υπερτροφία όμως αυτή φθάνει 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 κυκλοφορία που εκδηλώνονται με δύσπνοια στη σωματική προσπάθεια από την έλλειψη κακής οξυγονώσεως του αίματος και σε προχωρημένα στάδια, με αποβολή αιματηρών πτυέλων και έντονη δύσπνοια (καρδιοπνευμονική συμφόρηση) η οποία αργά ή γρήγορα, οδηγεί στο θάνατο.¹⁹

2. ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Η αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων είναι η πάθηση εκείνη που χαρακτηρίζεται ως ένας από τους πλέον αδυσώπητους εχθρούς της υγείας του ανθρώπου. Είναι μια γήρανση, μια φθορά, δηλαδή εκφύλιση του φυσιολογικού τοιχώματος των αγγείων του ανθρώπου. Το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσεως της αορτής και των περιφερικών αρτηριών. Από έρευνα της Καρδιολογικής κλινικής του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Αθηνών προέκυψε ότι και ένα μόνο τσιγάρο στο πρώτο κιόλας λεπτό προκαλεί σημαντική μείωση της ελαστικότητας της αορτής για τουλάχιστον είκοσι λεπτά. Αυτό ισχύει και για τους παθητικούς καπνιστές.

Η σκλήρυνση της αορτής έχει ως συνέπεια την καταπόνηση σε μεγάλο βαθμό της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και τη μείωση της ροής του αίματος στα στεφανιαία αγγεία. Η θνησιμότητα από ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής είναι διπλάσια μέχρι τριπλάσια στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.¹⁸

Επίσης, όλοι οι πάσχοντες από περιφερικές αγγειοπάθειες είναι κατά 90% καπνιστές. Η επίδραση του καπνίσματος στην πρόκληση αρτηριοσκλήρυνσεως είναι περισσότερο έκδηλες στις περιφερικές αρτηρίες και στην αορτή.¹⁹

3. ΕΜΦΡΑΓΜΑΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες σε ολόκληρο τον κόσμο έδειξαν ότι οι καπνιστές τσιγάρων παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά 70% περίπου υψηλότερα από τους μη καπνιστές. Οι άνδρες καπνιστές, ηλικίας 40-59 ετών, όταν καταναλώνουν είκοσι ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κάποιο σοβαρό

στεφανιαίο επεισόδιο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές συνομηλικούς τους και μάλιστα κατά τρόπο ανάλογο προς τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων.

Το κάπνισμα αυξάνει οξέως τις μυοκαρδιακές ανάγκες οξυγόνου με την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και πιθανώς της στεφανιαίας ροής αίματος, ενώ το μονοξείδιο του άνθρακα ελαττώνει την ικανότητα μεταφοράς του οξυγόνου του αίματος. Οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα αρρυθμίες ενδέχεται να συνδέονται με την αύξηση της θνησιμότητας και του αιφνίδιου θανάτου του οξέος εμφράγματος σε καπνιστές.

Τέλος, η πιθανότητα θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 2,2 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές σε σύγκριση με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ το κέρδος από τη διακοπή του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από αυτό που προσφέρουν τα φάρμακα ή η σωματική άσκηση.²⁰

4. ΑΓΓΕΙΟΣΠΑΣΤΙΚΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τόσο πολύ ευαίσθητες ώστε αρκεί ένα και μόνο τσιγάρο να δημιουργήσει σπασμό στα στεφανιαία αγγεία. Η έκθεση στον καπνό προκαλεί οξεία αγγειοσύσπαση των στεφανιαίων αγγείων λόγω τοπικής επιδράσεως των προσταγλανδινών ή λόγω της συστηματικής ελευθερώσεως κατεχολαμινών. Οι καπνιστές έχουν είκοσι φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αγγειοσπαστικής στηθάγχης σε σχέση με τους μη καπνιστές. Η χρόνια αγγειοσύσπαση από το κάπνισμα και οι τοπικές επιδράσεις του ενδοθηλίου προάγουν την ενδοθηλιακή βλάβη των κυττάρων των αγγείων και οδηγούν στην ανάπτυξη των αθηρωσκληρυντικών πλακών και σε τοπική θρόμβωση.²¹

5. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης, του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου ή του αιφνίδιου θανάτου. Γενικώς, η στεφανιαία νόσος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες αυξάνεται σημαντικά, όταν η συνήθεια του καπνίσματος αρχίζει στη νεανική ηλικία. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι πολύ ευαίσθητες στο κάπνισμα και αρκεί ένα και μόνο τσιγάρο να προκαλέσει σπασμό σε αθηροσκληρυντικά στεφανιαία αγγεία. Οι καπνιστές έχουν εικοσαπλάσιο κίνδυνο αγγειοσπαστικής στηθάγχης σε σχέση με τους μη καπνιστές.²²

Όταν εκδηλωθεί η στεφανιαία ανεπάρκεια και συνεχίζεται το κάπνισμα, διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου από τον καρδιακό μύ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποίησης του οξυγόνου και μείωση της παροχής δια μέσου των στεφανιαίων αρτηριών.

Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα και σαν συνέπεια τη μείωση του κινδύνου θανάτου από στεφανιαία νόσο, κατά τρόπο ανάλογο προς το χρόνο που μεσολαβεί μετά από τη διακοπή. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος για θανατηφόρο στεφανιαίο επεισόδιο ελαττώνεται κατά 50% τον πρώτο χρόνο μετά τη διακοπή, αλλά πλησιάζει τα επίπεδα ενός μη καπνιστή μετά από δέκα χρόνια ή και περισσότερα.²⁰

6. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Οι κίνδυνοι για εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια αυξάνουν σε όλα τα επίπεδα του καπνίσματος, από σύσπαση, απόφραξη, ή αιμορραγία λόγω ρήξεως αγγείου. Σε άνδρες ηλικίας 40-50 ετών βρέθηκε μεγάλη συσχέτιση προκλήσεως εγκεφαλικών επεισοδίων από το κάπνισμα. Οι γυναίκες καπνίστριες παρουσιάζουν εγκεφαλικά επεισόδια κατά έξι

φορές περισσότερες από τις μη καπνίστριες. Όταν γίνεται παράλληλη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, ο κίνδυνος να πάθουν υπαραχνοειδείς εγκεφαλικές αιμορραγίες είναι 25%.^{23,24}

Στο εγκεφαλικό, πρώτα προσβάλλονται τα μεγάλα αγγεία, αορτή – καρωτίδες και μετά από δέκα χρόνια οι στεφανιαίες και εγκεφαλικές αρτηρίες. Οι καπνιστές είναι περισσότερο υποψήφιοι για εγκεφαλικά επεισόδια, λόγω της κακής αιμάτωσης του εγκεφάλου προερχόμενη από αγγειοσπασμό, που προκαλείται από τη νικοτίνη, η οποία μπορεί να προκαλέσει ακόμα και έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών. Η διακοπή, για παράδειγμα, του τσιγάρου για έναν χρόνο, βελτιώνει την εγκεφαλική κυκλοφορία, άρα ποτέ δεν είναι αργά.

Το κάπνισμα συμμετέχει σημαντικά σαν προδιαθεσική αιτία στα αγγειακά εμβολικά ή αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Οι καπνιστές πρέπει να προσέχουν διότι ενδέχεται να πάθουν σε μεγαλύτερη αναλογία εγκεφαλικά, από τους μη καπνιστές. Η θνησιμότητα από εγκεφαλικά επεισόδια ελαττώνεται αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος και σχεδόν εξισώνεται με εκείνη των μη καπνιστών.²⁴

7. ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Το κάπνισμα μόνο δυο τσιγάρων αυξάνει την αρτηριακή πίεση, την καρδιακή συχνότητα και την καρδιακή παροχή. Δεν ενοχοποιείται σαν προδιαθεσική αιτία αρτηριακής υπέρτασης, οι καπνιστές όμως, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης κακοήθους και νεφραγγειακής υπέρτασης από τους μη καπνιστές, ενώ ο λόγος των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών προς της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες στους καπνιστές είναι χαμηλότερος από ότι στους μη καπνιστές.²⁴

8. ΝΟΣΟΣ BURGER

Η νόσος BURGER προσβάλλει τα αιμοφόρα αγγεία. Τα τοιχώματα των αρτηριών και φλεβών πρήζονται δημιουργώντας θρόμβους που φράσσουν τα αγγεία των κάτω άκρων. Η αγγειοσπαστική ιδιότητα της νικοτίνης επιδεινώνει την ισχαιμία των κάτω άκρων και ο καπνιστής που είναι παχύσαρκος και πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, κινδυνεύει να πάθει γάγγραινα και ακρωτηριασμό των μελών του σε ποσοστό 11%.²⁵

9. ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Καθηγητής οφθαλμίατρος κάνοντας έρευνες σε ομάδα καπνιστών 17-39 ετών διαπίστωσε προσβολή των λεπτών αρτηριδίων του αμφιβληστροειδούς χιτώνα σε μεγάλη κλίμακα έναντι των μη καπνιστών. Αυτό προοδευτικά οδηγεί σε μείωση της οράσεως μη αναστρέψιμη η οποία οδηγεί σε τύφλωση. Η τοξική επίδραση της νικοτίνης προκαλεί αμβλυωπία (ανεπάρκεια οράσεως) και θρομβοαγγειίτιδα.²⁶

10. ΤΥΦΛΩΣΗ

Πρόσφατη επιστημονική έρευνα απέδειξε πως απειλούνται με τύφλωση όσοι κάνουν κατάχρηση σε κάπνισμα και οινοπνευματώδη ποτά. Η νόσος του οπτικού νεύρου που είναι συνέπεια δηλητηριάσεως από αλκοόλ και κάπνισμα παρουσιάζεται σε άτομα ηλικίας 30-50 ετών. Αρχικά παρουσιάζεται μείωση της οράσεως η οποία βαθμιαία αυξάνεται. Το οπτικό νεύρο ατροφεί και καταλήγει ο καπνιστής σε τύφλωση.

Ο κηλιδώδης εκφυλισμός που είναι η αλλοίωση του κεντρικού τμήματος του αμφιβληστροειδούς αποτελεί βασική αιτία τύφλωσης. Οι καπνιστές ηλικίας 50-69 ετών έχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν.²²

4.2 Βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα

1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π)

Από πολυάριθμες μελέτες των τελευταίων 30 ετών, βρέθηκε ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αεροφόρων οδών και με το πέρασμα του χρόνου η βλάβη αυτή οδηγεί στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τη χρόνια βρογχίτιδα, το πνευμονικό εμφύσημα και γενικά την αναπνευστική ανεπάρκεια.

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια(ΧΑΠ) είναι η «άγνωστη» νόσος των καπνιστών. Ως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ορίζεται η μόνιμη αποφρακτική διαταραχή του αερισμού. Η Χ.Α.Π χαρακτηρίζεται από χρόνια μείωση της μέγιστης εκπνευστικής ροής και οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα.

Μόνο στη χώρα μας υπολογίζεται ότι σήμερα πάσχουν 700 χιλιάδες άνθρωποι από ΧΑΠ. Σύμφωνα μάλιστα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι η πιο επιθετική αρρώστια του 20ου αιώνα. Μελέτη της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, απέδειξε ότι το 11,6% των ανδρών και το 4,8% των γυναικών άνω των 35 ετών, πάσχουν από τη νόσο, όμως οι μισοί από αυτούς που πάσχουν δεν το γνωρίζουν.²⁶

Η αρρώστια αυτή, είναι ύπουλη. Εμφανίζεται 10 έως 15 χρόνια αφότου κάποιος έχει ξεκινήσει το κάπνισμα. Σιγά – σιγά, με συμπτώματα όπως ο βήχας, η δύσπνοια και άλλα. Με την πάροδο του χρόνου, δημιουργεί αναπηρία στον άνθρωπο, τόσο που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και είναι απόλυτα εξαρτώμενος από την οικογένειά του. Θεωρείται ότι μειώνει το προσδόκιμο της επιβίωσης πάνω από 15 με 20χρόνια. Από τις μελέτες που έχουν γίνει, για κάθε άρρωστο που γνωρίζει ότι πάσχει, υπάρχουν άλλοι 4 ή 5 που δεν το γνωρίζουν. Και αυτό είναι πάρα πολύ σοβαρό πρόβλημα.

Η Χ.Α.Π. είναι ένα σύνολο παθήσεων που έχουν κοινό γνώρισμα τη διάχυτη και επίμονη στένωση των αεροφόρων οδών, με αποτέλεσμα την αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων κατά την εκπνοή του αέρα. Οι παθήσεις αυτές είναι το βρογχικό άσθμα, η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα. Οι κλινικοί μελετούν τις ανωτέρω τρεις καταστάσεις υπό τον κοινό όρο Χ.Α.Π. ο οποίος περιλαμβάνει χρόνιες μη ειδικές πνευμονικές παθήσεις των οποίων χαρακτηριστικό είναι η χρόνια εκπνευστική απόφραξη, καθώς είναι δυσχερής συνήθως η διάκριση, αν όχι αδύνατη, από τον ειδικό.¹⁹

Η ΧΑΠ χαρακτηρίζεται από το σύνολο των συμπτωμάτων που κάνουν τον καπνιστή να νιώθει ότι δεν μπορεί να πάρει ανάσα. Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πρώτο που πρέπει να κάνει κανείς. Η επιστήμη δημιούργησε τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα που δίνουν στον πάσχοντα από ΧΑΠ την ανακούφιση να αναπνέει με λιγότερη δυσκολία. Γιατί το να αναπνέουμε μας φαίνεται αυτονόητο. Οι άνθρωποι που νοσούν από τη ΧΑΠ μπορεί να μπου στο νοσοκομείο από 3 έως και 6 φορές το χρόνο.

Η ασθένεια προκαλεί κάποια σύσπαση των αγγείων των πνευμόνων. Έτσι ,τα συστατικά του καπνού επικάθονται στους πνεύμονες και παρεμποδίζουν την ικανότητα των πνευμόνων να δώσουν το οξυγόνο που χρειάζεται ο οργανισμός. Με αυτό τον τρόπο προκαλούν βλαπτικές επιδράσεις στις αεροφόρους οδούς όπως είναι η υπερέκκριση βλέννας. Η τοξική επίδραση στο κροσσωτό επιθήλιο έχει ως συνέπεια τη μείωση της κινητικότητας των κροσσών του αναπνευστικού επιθηλίου και μείωση της ικανότητας να καθαρίζει τους βρόγχους. Άλλες επιδράσεις είναι η μείωση της κυτταροκτόνου δράσης των λευκών αιμοσφαιρίων και η μείωση παραγωγής των ανοσοσφαιρινών από εκφύλιση των κυττάρων στα βλαστικά κέντρα των τραχειοβρογχικών γαγγλίων.²⁹

Η νόσος μπορεί να επιβραδυνθεί με τα φάρμακα και με άλλες ενέργειες, αλλά είναι σίγουρο ότι αν κάποιος πάσχει και καπνίζει, πολύ γρήγορα θα φτάσει σε τέτοιο σημείο την αναπνευστική του λειτουργία, ώστε πάρα πολύ σύντομα, σε μερικά χρόνια να γίνει ανάπηρος.

Το πιο σημαντικό σύμπτωμα αυτής τη αρρώστιας είναι η δύσπνοια, ο βήχας, η παραγωγή πτυέλων, η μείωση της αναπνευστικής ικανότητας που εμφανίζεται αρχικά με έντονο λαχάνιασμα κυρίως κατά την άσκηση, ο αναπνευστικός συριγμός, το αίσθημα συμπίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα. Ο γιατρός συνήθως υποπτεύεται την πιθανότητα ύπαρξης ΧΑΠ όταν υπάρχει η τυπική συμπτωματολογία και συγχρόνως ιστορικό για έκθεση σε ερεθιστικούς παράγοντες και ειδικότερα στο κάπνισμα. Το ιατρικό ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι δοκιμασίες του αναπνευστικού θα θέσουν με μεγάλη ακρίβεια την διάγνωση της ΧΑΠ.

Η σπιρομέτρηση είναι απαραίτητη εξέταση για να τεθεί η διάγνωση της ΧΑΠ. Πρόκειται για ανώδυνη και εύκολη δοκιμασία κατά την οποία ο ασθενής εκπνέει πολύ δυνατά ώστε να υπολογιστεί ο όγκος του αέρα στους πνεύμονες και η ταχύτητα εκπνοής. Είναι η συνηθέστερη και πλέον ευαίσθητη δοκιμασία για την διάγνωση της ΧΑΠ.³⁰

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην ανάπτυξη της χρόνιας βρογχίτιδας. Είναι χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από το γνωστό χρόνιο βήχα των καπνιστών και την παραγωγή πτυέλων. Αναπτύσσει φλεγμονή των μικρών αεραγωγών – βρογχιολίων, τη λεγόμενη βρογχιολίτιδα η οποία οδηγεί στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με συριγμό της αναπνοής και δύσπνοια.

Στην Ελλάδα, η Χ.Α.Π παρουσιάζει μεγάλη αύξηση και τείνει να πάρει επιδημικές διαστάσεις ανάμεσα στους καπνιστές αλλά και στους κατοίκους των μεγάλων πόλεων. Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία, το 3% του ελληνικού πληθυσμού πάσχει από Χ.Α.Π. Ο κίνδυνος θανάτου από την ασθένεια στους χρόνιους καπνιστές είναι 30

φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Είναι η 5η αιτία θανάτου κατά την Π.Ο.Υ.¹⁷

2. Χρόνια Βρογχίτιδα

Η χρόνια βρογχίτιδα αποτελεί μια χρόνια φλεγμονή των βρόγχων στους πνεύμονες, που παρατηρείται σε μεγάλο χρονικό διάστημα και υποτροπιάζει πολλά χρόνια. Στις περισσότερες περιπτώσεις περιγράφεται ως μια κατάσταση στην οποία οι βρόγχοι παράγουν μεγάλη ποσότητα βλέννας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται παραγωγικός βήχας για μεγάλο χρονικό διάστημα που διαρκεί τουλάχιστον δύο χρόνια. Ταυτόχρονα δεν ανευρίσκονται άλλες παθήσεις που θα μπορούσαν να ευθύνονται για τα συμπτώματα.

Το χαρακτηριστικό παθολογοανατομικό εύρημα είναι η υπερτροφία των βλεννογόνων αδένων του βρογχικού τοιχώματος, οι οποίοι εκκρίνουν μεγάλη ποσότητα βλέννας, σε συνδυασμό με υπερτροφία και αύξηση του αριθμού των καλυκοειδών κυττάρων. Η υπερτροφία των βλεννογόνων αδένων προσδιορίζεται σε τομές του βρογχικού τοιχώματος με μέθοδο στην οποία συγκρίνεται το πάχος της αδενικής στιβάδας με το όλο πάχος του βρογχικού τοιχώματος.³¹

Ένας από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες της χρόνιας βρογχίτιδας είναι το κάπνισμα, όπως δείχνουν οι επιδημιολογικές μελέτες. Σε καπνιστές ανευρίσκεται σταθερά υπερτροφία της αδενικής μάζας. Με τις λειτουργικές μεθόδους έρευνας της αναπνοής ανευρίσκονται σταθερά ενδείξεις απόφραξης σε καπνιστές, ακόμα και σε καπνιστές που δεν αναφέρουν συμπτώματα.

Ο βήχας, που είναι και το βασικό σύμπτωμα, επιδεινώνεται από την παρουσία λοιμώξεων του αναπνευστικού ή την εισπνοή αερίων λόγω της μόλυνσης της ατμόσφαιρας. Σε κίνδυνο βρίσκονται και όσοι πάσχουν από άλλες παθήσεις των πνευμόνων, όπως το εμφύσημα και το άσθμα. Ο

χρόνος ενάρξεως της νόσου είναι συνήθως μεταξύ του 30ου και 60ου έτους της ηλικίας. Η αναλογία μεταξύ ανδρών – γυναικών είναι 4:1. Άρρωστοι με χρόνια βρογχίτιδα είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις της κατώτερης αναπνευστικής οδού. Εξάρσεις της χρόνιας βρογχίτιδας συμβαίνουν συχνότερα το χειμώνα.¹²

Ο καπνιστής με χρόνια βρογχίτιδα εμφανίζει την εξής κλινική εικόνα. Αρχικά υπάρχει ο πρωινός «βήχας των καπνιστών». Αργότερα ο βήχας γίνεται επίμονος, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες και προστίθεται απόχρεμψη. Τα πτύελα αρχικά είναι βλεννώδη, με την πάροδο όμως του χρόνου γίνονται συνήθως πυώδη. Σε αρκετά προχωρημένα στάδια προστίθενται επεισόδια λοίμωξης με πυρετό, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες, όπου αποτελεί συχνή αιτία αποχής από την εργασία, και αργότερα δύσπνοια αρχικά κατά το μόχθο και στη συνέχεια σε ανάπαυση. Είναι δυσχερές να διακρίνει κανείς για ποιο ποσοστό δύσπνοιας ευθύνεται η χρόνια βρογχίτιδα. Στα προχωρημένα στάδια η εικόνα είναι τυπική. Το πρόσωπο είναι πληθωρικό, κυανωτικό με πρησμένους τους επιπεφυκότες. Το εργαστήριο δείχνει αναπνευστική ανεπάρκεια, δηλαδή ελάττωση της PO₂ και αύξηση της PCO₂. Τελικά εγκαθίσταται χρόνια καρδιακή κάμψη από την υπερκαπνία, την ανοξαιμία και τον επακόλουθο αγγειοσπασμό.³²

Η νοσηλευτική φροντίδα κατευθύνεται κυρίως στην πρόληψη της νόσου. Ασθενείς με φλεγμονές των ανώτερων αναπνευστικών οδών πρέπει να έχουν επιμελημένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Αν και βασική θεραπεία δεν υπάρχει, εντούτοις με τη λήψη κάποιων μέτρων ο γιατρός μπορεί να προσφέρει πολλά. Η απαγόρευση του καπνίσματος και αν είναι δυνατό η μεταφορά του ασθενούς σε λιγότερο μολυσμένη και γεμάτη από σκόνη περιοχή, όπως και η καταπολέμηση της παχυσαρκίας και των λοιμώξεων, είναι πολύτιμα μέσα. Επειδή το κοινότερο παθογόνο είναι ο αιμόφιλος της γρίπης,

χορηγούμε αμπικιλίνη.¹⁷

Έτσι εξασφαλίζεται στον άρρωστο ήρεμο περιβάλλον και απαλλαγμένο από ερεθιστικές ουσίες. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας επιβάλλεται καθώς και η λήψη άφθονών υγρών. Οι δραστηριότητες του αρρώστου ενισχύονται τόσο όσο επιτρέπουν οι δυνάμεις του γενικότερα και η δε διαίτα του είναι προσαρμοσμένη στις ατομικές του προτιμήσεις με στόχο τη διατήρηση ιδεώδους βάρους σώματος.

Η χρησιμοποίηση εισπνοών, καθώς και η χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και βλεννολυτικών ουσιών, βοηθούν την αποβολή εκκριμάτων όπως και η φυσικοθεραπεία. Σε περίπτωση βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας δίνεται οξυγόνο και σε ανάγκη γίνονται βρογχοαναρροφήσεις.

Οι κύριοι σκοποί της θεραπείας είναι η διατήρηση βατότητας του περιφερικού βρογχικού δένδρου, η απομάκρυνση βρογχικού εξιδρώματος και η πρόληψη ανικανότητας. Υποτροπιάζουσες βακτηριακές λοιμώξεις θεραπεύονται με αντιβίωση μετά από καλλιέργεια πτυέλων και έλεγχο ευαισθησίας.⁴²

3. Πνευμονικό Εμφύσημα

Είναι νόσος που καταστρέφει τις κυψελίδες με αποτέλεσμα να κατακρατούν οι πνεύμονες τον αέρα χωρίς να μπορούν να πάρουν το οξυγόνο που χρειάζονται. Δηλαδή προκαλούν προοδευτική καταστροφή του πνεύμονα.

Πνευμονικό εμφύσημα σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Θωρακολογικής Εταιρίας και της Παγκόσμιας Οργανώσεως Υγείας, είναι η διεύρυνση του μεγέθους των αεροφόρων οδών που βρίσκονται πέρα από τα βρογχιόλια, η οποία προκαλείται είτε από διάταση, είτε από καταστροφή, είτε από λέπτυνση του τοιχώματός τους.

Πιστεύεται ότι οφείλεται σε διαταραχή της ισορροπίας των πνευμονικών πρωτεασών και αντιπρωτεασών. Οι πρωτεάσες είναι ουσίες που απελευθερώνονται από τα ουδετερόφυλλα και προκαλούν την καταστροφή των ελαστικών ινών του πνεύμονα. Η δράση τους εξουδετερώνεται από τις αντιπρωτεάσες όπως η α1 αντιθρυψίνη και οι α2 μακροσφαιρίνες. Έχει αποδειχτεί ότι το κάπνισμα επηρεάζει αυτή την ισορροπία, ενώ η συγγενής έλλειψη α1 αντιθρυψίνης προκαλεί πνευμονικό εμφύσημα. Στο εμφύσημα καταστρέφεται η ελαστικότητα των πνευμόνων. Με άλλα λόγια, οι πνεύμονες δεν έχουν την ικανότητα να βγάλουν τον αέρα που εισέρχεται με την εισπνοή. Ο αέρας αυτός είναι άχρηστος, διότι το αίμα έχει πάρει το οξυγόνο που χρειάζεται και καταλαμβάνει απλώς χώρο. Επίσης, το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη επηρεάζουν την υγεία των τριχοειδών αγγείων.¹⁶

Έτσι υπάρχουν κάποιες μορφές του εμφυσήματος όπως:

- Παραουλώδες εμφύσημα
- Παραδιαφραγματικό εμφύσημα
- Φυσαλιδώδες νόσος του πνεύμονα
- Ετερόπλευρος ή λοβώδες εμφύσημα.²²

Η δύσπνοια είναι το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του εμφυσήματος. Ο εμφυσηματικός άρρωστος κατά το πρωινό ξύπνημα αισθάνεται μεγάλη καταβολή, χωρίς να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Αυτό οφείλεται στη συγκέντρωση και κατακράτηση εκκριμάτων, κατά τη διάρκεια της νύχτας στους πνεύμονες. Για το λόγο αυτό επιτρέπεται στον άρρωστο να κάνει μερικές κινήσεις και μετά να προσαρμοστεί στο υπόλοιπο ημερήσιο πρόγραμμα. Την ίδια αδυναμία αισθάνεται αμέσως μετά τα γεύματα και κυρίως η υψηλή θερμοκρασία όσο και το κρύο επιδρούν αρνητικά στον άρρωστο. Το κρύο τείνει να συμβάλλει στη δημιουργία βροχγοσπασμού

και η υψηλή θερμοκρασία αυξάνει τη θερμοκρασία του σώματος και επομένως, τις απαιτήσεις του αρρώστου σε οξυγόνο. Το μεγάλο ύψος αυξάνει την ανοξαιμία σημαντικά και οι σκόνες της ατμόσφαιρας βοηθούν τη γένεση βροχγοσπασμού.²⁵

Η διάγνωση γίνεται με ακτινογραφία θώρακος σε αρχόμενο εμφύσημα όπου μπορεί να είναι τελείως φυσιολογική, ενώ σε γενικευμένο πανλοβιώδες εμφύσημα είναι χαρακτηριστική. Οι πνεύμονες είναι υπερδιαφανείς ενώ το διάφραγμα είναι χαμηλότερο του φυσιολογικού και οριζοντιωμένο, με διαφορά ύψους εισπνοής και εκπνοής μικρότερη των 3 εκατοστών. Σε πλάγια ακτινογραφία υπάρχει αρκετός γεμάτος αέρα χώρος πίσω από το στέρνο. Τα περισσότερα από τα ενδοπνευμονικά αγγεία είναι χαρακτηριστικά λεπτά. Αυτό εξακριβώνεται ακριβέστερα στις τομογραφίες.³⁵

Η θεραπεία του πνευμονικού εμφυσημάτος είναι όπως και στη βρογχίτιδα, η αποφυγή των τοξικών ερεθιστικών ουσιών και η καταπολέμηση των λοιμώξεων με αντιβιοτικά. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, με εμφάνιση βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας, χορηγείται χρόνια O₂ και αντιμετωπίζονται οι ιοντικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές του αρρώστου.

Το πνευμονικό εμφύσημα είναι μη αναστρέψιμο. Η ελάττωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκους είναι απαραίτητη. Σε προχωρημένα στάδια η συνεχής εισπνοή οξυγόνου από ελαφριά φορητή συσκευή ελαττώνει την αναπηρία.²⁵

Ο κύριος σκοπός είναι να ενεργοποιήσει τον άρρωστο για αυτοφροντίδα και συμμετοχή στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα και να διευκολύνει τα μέλη της υγειονομικής ομάδας στο θεραπευτικό του έργο. Εκείνο που ποτέ δεν πρέπει να ξεφεύγει την προσοχή της νοσηλεύτριας είναι ότι το πνευμονικό εμφύσημα είναι μη ανατάξιμη κατάσταση, οπότε η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να χαρακτηρίζεται από πολύ κατανόηση,

αγάπη και συνεχή συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια.⁴⁶

4. Άσθμα

Το άσθμα είναι μια χρόνια πάθηση στη οποία επηρεάζονται οι βρόγχοι και τα βρογχιόλια. Τα βρογχιόλια είναι οι περιφερικότερες διακλαδώσεις των βρόγχων και ο διάμεσος κρίκος μεταξύ βρόγχων και κυψελίδων.

Η φλεγμονή των βρόγχων και των βρογχιολίων, μπορεί να προκληθεί από πολλούς περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως τα αλλεργιογόνα, το κρύο, το κάπνισμα και ιούς ή άλλα μικρόβια.³⁶

Το άσθμα είναι σχετικά συχνή νόσος. Σύμφωνα με στατιστικές 2,5% περίπου των ατόμων πάσχουν από άσθμα. Το 65% των παιδιών με άσθμα εμφανίζουν τα συμπτώματα πριν από την ηλικία των 5 ετών. Η έναρξη συνδυάζεται συχνά με λοίμωξη, ιδιαίτερα βρογχιολίτιδα από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό.

Τα συχνότερα σημεία του άσθματος είναι η δύσπνοια, η ταχύπνοια και ο συριγμός λόγω στένωσης των διόδων του αέρα.¹⁹

Στη θεραπεία του άσθματος χρησιμοποιούνται πέντε κατηγορίες φαρμάκων: α) βήτα – συναγωνιστές, β) μεθυλξανθίνες, γ) αντιχολινεργικά, δ) κορτικοστεροειδή και ε) αναστολείς ιστικών βασεοφίλων. Από τα αντιχολινεργικά, χρησιμοποιούνται νεότερα παράγωγα του τεταρτοταγούς αμμωνίου, όπως η μεθυλονιτρική ατροπίνη η οποία χορηγείται με εισπνοές. Ενδείκνυνται σε ασθματικούς που δεν μπορούν να πάρουν β- συναγωνιστές και μεθυλξανθίνες εξαιτίας υποκείμενης καρδιακής νόσου. Τα κορτικοστεροειδή είναι πολύ σημαντικά στη θεραπεία του άσθματος. Μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλέβια, από το στόμα ή με εισπνοές. Μειώνουν τη φλεγμονή και το βρογχοσπασμό. Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή μπορεί να είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία στεροειδοεξαρτημένων ασθματικών

αρρώστων. Είναι δυνατό, ωστόσο, να προκαλέσουν ερεθισμό λαιμού, βήχα, ξηρότητα στόματος, τραχύτητα φωνής και μυκητιακές λοιμώξεις. Ένα αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας του άσθματος είναι το cromolyn sodium, ένας αναστολέας βασεοφίλων των ιστών όπου χορηγείται με εισπνοές. Εμποδίζει την απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών αναφυλαξίας, με αποτέλεσμα βρογχοδιαστολή και ελάττωση της φλεγμονής του αεραγωγού. Βοηθά περισσότερο όταν λαμβάνεται σε περιόδους ύφεσης. Μειώνει τη χρήση άλλων φαρμάκων και επιφέρει γενικά βελτίωση των συμπτωμάτων.

Το άσθμα δεν είναι νόσος, αλλά ένα σύνδρομο που πολλές φορές σχετίζεται με αλλεργικούς παράγοντες ή σωματίδια που φτάνουν μέχρι τους πνεύμονες. Όταν ο ασθματικός συνεχίζει να καπνίζει επιβαρύνει τη συχνότητα των κρίσεων και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει εμφύσημα.²³

4.2.1 Βλάβες Ανωτέρου Αναπνευστικού Συστήματος

Σε έρευνα που έγινε, διαπιστώθηκαν παθολογικές αλλοιώσεις στις μυκητοειδής θηλές της γλώσσας ενός μανιώδους καπνιστή, που καταναλώνει κατά μέσο όρο 50 τσιγάρα την ημέρα. Οι επιπτώσεις που συνεπάγονται είναι να ελαττωθεί σημαντικά η αίσθηση της γεύσης και να ερεθίζεται εύκολα η στοματική κοιλότητα.

Το κάπνισμα προκαλεί χρόνια ερεθισμό των βλεννογόνων της ρινός, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου με αντίστοιχες παθήσεις τη φαρυγγίτιδα και τη λαρυγγίτιδα. Η φαρυγγοτραχειίτιδα σε συνδυασμό με τη λαρυγγίτιδα αλλοιώνει την ποιότητα και καθαρότητα της φωνής και δημιουργεί βράγχος της φωνής με επίμονο βήχα (τσιγαρόβηχα) λόγω της χρονιότητας της φλεγμονής από το συνεχιζόμενο κάπνισμα. Σε περίπτωση που το βράγχος της φωνής παραταθεί πέραν των δύο έως τριών εβδομάδων, πρέπει να γίνει προληπτικά λαρυγγοσκόπηση

για το ενδεχόμενο καρκινογένεσως στο λάρυγγα. Επίσης, το κάπνισμα μπορεί να γίνει αιτία για φλεγμονή των φωνητικών χορδών. Σε λοιμώξεις του άνω αναπνευστικού συστήματος, όπως οξεία λαρυγγοτραχειίτιδα, οι καπνιστές εξαιτίας των συμπτωμάτων τους, απεχθάνονται για λίγες μέρες το τσιγάρο και αυτό δίνει μια μοναδική ευκαιρία για απεξάρτηση από τη νικοτίνη.⁵⁰

4.2.2 Επιπτώσεις του καπνίσματος στη στοματική κοιλότητα

Οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας και η δημιουργία καρκίνου του στόματος έχουν συσχετιστεί με το κάπνισμα. Το χρονικό διάστημα που τα άτομα καπνίζουν καθώς και το χαμηλό επίπεδο στοματικής υγιεινής αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη υγεία των μαλακών ή σκληρών ιστών του στόματος.

Επίσης, το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει τους περιοδοντικούς ιστούς και το φατνιακό οστό. Τελευταία έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές μεγάλης ηλικίας παρουσιάζουν αυξημένη απώλεια φατνιακού οστού σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Οι καπνιστές τσιγάρων παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα περιοδοντικά νοσήματα, όπως ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα από τους μη καπνιστές. Αποτέλεσμα της περιοδοντικής νόσου είναι η καταστροφή του φατνιακού οστού και η απόπτωση των δοντιών. Ακόμα, ο καπνός ευνοεί την ανάπτυξη τερηδόνας και προκαλεί κιτρίνισμα των δοντιών που είναι ανθυγιεινό και αντιαισθητικό. Η νικοτίνη εγκαθίσταται στο σμάλτο των δοντιών και το διαβρώνει σταδιακά. Επακόλουθο των παραπάνω αλλοιώσεων είναι η κακοσμία της στοματικής κοιλότητας.¹⁷

4.3 Βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στο πεπτικό σύστημα

1) Έλκος Στομάχου

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση έλκους αλλά λίγων έχει επιβεβαιωθεί η συμμετοχή.

Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι

- 1) Το stress
- 2) Το κάπνισμα
- 3) Ασπιρίνη και άλλα παυσίπονα και αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- 4) Αλκοόλ και καφεΐνη

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος εμφανίζεται συχνότερα στους καπνιστές και ο κίνδυνος έναντι των μη καπνιστών είναι 1,7%.

Το κάπνισμα επιβραδύνει τη θεραπεία του πεπτικού έλκους. Η επούλωση του έλκους των καπνιστών μετά από θεραπεία τεσσάρων εβδομάδων συντελείται στο 40% των περιπτώσεων, ενώ στους μη καπνιστές ανέρχεται στο 95%.¹³

4.4 Αλλά νοσήματα και επιδράσεις

Το κάπνισμα ευνοεί την ενεργοποίηση των ενζύμων που είναι υπεύθυνα για την αποικοδόμηση φαρμάκων στο συκώτι και έτσι μειώνεται η δράση τους. Ως τέτοια φάρμακα αναφέρονται η θεοφυλλίνη, η φαινακετίνη, η αντιπυρίνη, η καφεΐνη, η βιταμίνη C και άλλα.

Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης το αποτέλεσμα μερικών εργαστηριακών εξετάσεων όπως του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, των λευκοκυττάρων.

Οι καπνιστές παρουσιάζουν μειωμένη παραγωγή ανοσοσφαιρινών IgE και IgA και μειωμένη κυτταροκτόνο δράση των λευκών αιμοσφαιρίων.²⁴

Πώς σκοτώνει το τσιγάρο

Οι ασθενείς που σχετίζονται με το τσιγάρο – καρδιοπάθεια, καρκίνος και βρογχίτις – κάνουν βραύση στη Δύση.

Καπνός του τσιγάρου

Περιέχει εκατοντάδες χημικές ουσίες.

Νικοτίνη

Ισχυρή τοξική ουσία. Διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα, αλλά μετά μειώνει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος.

Άλλες επικίνδυνες ουσίες
Μονοξείδιο του άνθρακα και πίσσα.

Πώς η νικοτίνη επηρεάζει τις αρτηρίες

Η νικοτίνη παρακινεί τον εγκέφαλο να στείλει μήνυμα στην καρδιά για την συστολή των αρτηριών.

Λίπη συσσωρεύονται στα τοιχώματα των αρτηριών, περιορίζοντας την ροή του αίματος.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια γίνονται κολλώδη και σχηματίζουν θρόμβο.

Ασθένειες

Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας

Καρκίνος του λάρυγγα

Εμφύσημα
Βλάβη των μικρών αεραγωγών

Αρτηρία

Συμφορήση

Καρκίνος των πνευμόνων
Μπορεί να περάσουν 20 χρόνια μέχρι να αναπτυχθεί ο καρκίνος στους πνεύμονες. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι ο καρκίνος εμφανίζεται όταν τα κύτταρα καταστραφούν από τον καπνό του τσιγάρου.

Βρογχίτις

Καρδιακή προσβολή
Προκαλείται από θρόμβο.

Καρκίνος των νεφρών

Καρκίνος της κύστεως

Καρκίνος του παγκρέατος

Γάγγραινα
Προκαλείται από θρόμβο στη γάμπα.

REUTERS

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

5.1 Γενική θεώρηση καρκινογένεσης

Είναι διεθνώς γνωστό ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο σε πολλά σημεία του οργανισμού. Τα όργανα που έρχονται σε άμεση επαφή τον καπνό του τσιγάρου είναι η στοματική κοιλότητα, ο οισοφάγος, οι πνεύμονες και οι βρόγχοι που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο κακοήθειας στους καπνιστές.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου σε άνδρες και γυναίκες και έχει αυξηθεί κατά 250%. Από πολυάριθμες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο κατά 80%-90% για τον καρκίνο του πνεύμονα. Όσο νωρίτερα ένα άτομο αρχίζει το κάπνισμα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα. Απαιτούνται τουλάχιστον 20 χρόνια καπνίσματος για να αρχίσει να εμφανίζεται ο καρκίνος του πνεύμονα.²⁵

Το 1992, η ετήσια θνησιμότητα από καρκίνο λόγω καπνίσματος ξεπέρασε τους 150.000 θανάτους στις ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, ο αριθμός θανάτων από καρκίνο ανά σημείο αποδιδόμενων στο κάπνισμα είναι ο εξής :

- 123.000 θάνατοι από καρκίνο πνεύμονα
- 9.000 θάνατοι από καρκίνο στοματικής κοιλότητας / λάρυγγα
- 8.000 θάνατοι από καρκίνο παγκρέατος
- 7.700 θάνατοι από καρκίνο στομάχου και
- 1.400 θάνατοι από καρκίνο τραχήλου μήτρας.

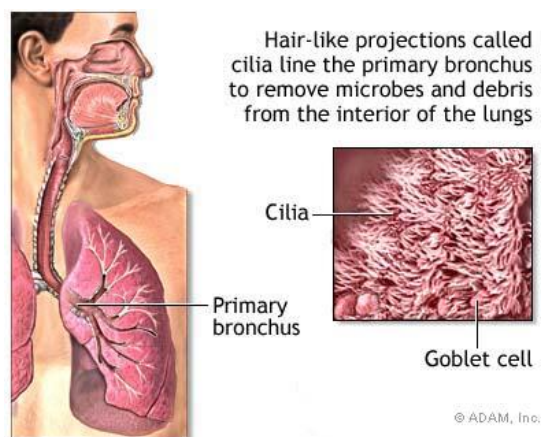
Ο Έλληνας ερευνητής, Κατωπόδης Επαμεινώνδας του Αντικαρκινικού Ινστιτούτου της Νέας Υόρκης επινόησε το 1992 μια σχεδόν αλάνθαστη μέθοδο με την οποία μπορεί να επισημανθεί η γένεση όγκου. Γίνεται ειδική ανάλυση αίματος για προσδιορισμό του σιαλικού

οξέως σε συνάρτηση με τα λιποειδή του πλάσματος. Έτσι, αποδείχθηκε ότι το κάπνισμα καλλιεργεί το έδαφος για καρκινογένεση διότι το σιαλικό οξύ αυξάνει στους καπνιστές πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα.³⁶

5.1.1 Είδη καρκίνου

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος των πνευμόνων, είναι η συχνότερη αιτία θανάτων από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες. Η σχέση καπνίσματος και καρκίνου των πνευμόνων είναι απόλυτη. Οι πνεύμονες είναι το όργανο που είναι άμεσα εκτεθειμένο στις καρκινογόνες ουσίες του καπνού.¹⁹



Καρκίνος του πνεύμονα είναι ο καρκίνος της τραχείας, των βρόχων (αεραγωγών) ή του στρώματος των πνευμόνων (κυψελίδων). Ο καρκίνος των βρόχων είναι η πιο συχνή μορφή και η συχνότερη νεοπλασία καθώς είναι μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου τόσο στην Ευρώπη, όσο και σε όλο τον κόσμο. Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει ετησίως περισσότερους ασθενείς από όσους ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού και του προστάτη μαζί.

Ο καρκίνος του πνεύμονα σπάνια συμβαίνει σε μη καπνιστές, είναι όμως το πιο συχνό αίτιο θανάτου των καπνιστών μετά από τις καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια.⁵¹

Μελέτες δείχνουν ότι ένας ήπιος καπνιστής έχει 7 φορές πιο πολλές πιθανότητες να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα απ' ότι ένας μη καπνιστής, ένας μέτριος καπνιστής 12 φορές και ένας φανατικός 24

πιο πολλές πιθανότητες από ένα μη καπνιστή. Το κάπνισμα αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα. Ως αποτέλεσμα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο αποτρέψιμη μορφή θανάτου από καρκίνο.

Η ηλικία που κάποιος ξεκινά το κάπνισμα επιδρά στο βαθμό επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα. Όσο μικρότερη η ηλικία που κάποιος ξεκινά το κάπνισμα τόσο υψηλότερος ο βαθμός επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.¹⁸

Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια που κάποιος καπνίζει και όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει τόσο μεγαλύτερο ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία πως καπνιστές με άλλες παθήσεις του πνεύμονα, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα. Το κάπνισμα τσιγάρων με μικρό ποσοστό πίσσας δε μειώνει το κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα. Το ποσοστό επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα, μειώνεται έως και 50% δέκα χρόνια αφού κόψετε το κάπνισμα.¹⁸

Στον καρκίνο του πνεύμονα διακρίνουμε ιστολογικά 3 κυρίως τύπους:

α) τον επιθηλιακό, είναι ο συχνότερος τύπος, περισσότερο από το 50% των καρκινωμάτων ανήκει σ' αυτόν τον τύπο. Ιστολογικά προσομοιάζει με το επιθηλιακό καρκίνωμα άλλων οργάνων με κυτταρικές φωλεές, κερατινοποίηση και άφθονο στρώμα.

β) τον αδιαφοροποίητο ή αμετάπλαστο 37%. Μία από τις μορφές του είναι το μικροκυτταρικό με μικρά στρογγυλά κύτταρα, έντονα χρωματισμένα, ωοειδούς σχήματος με λίγο πρωτόπλασμα, κατανεμημένα σε χαλαρές δεσμίδες. Μερικά από τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή. Βαθιά βασεόφιλο υλικό παρατηρείται συχνά στο τοίχωμα των μικρών αγγείων που προέρχονται από πυρηνικό υλικό εκφυλισμένων γειτονικών

νεοπλασματικών κυττάρων. Σύμφωνα με μερικούς το μικροκυτταρικό καρκίνωμα είναι διαφορετική οντότητα προερχόμενη από ειδικά εκκριτικά κύτταρα του βρογχικού τοιχώματος.

γ) αδеноκαρκίνωμα 6%, σωληνώδους ή αδενικού τύπου, συχνά με παραγωγή βλέννας.²⁹

Ο καρκίνος των πνευμόνων αποτελεί εξαιρετικά σοβαρό νόσημα, που παρουσιάζει υψηλή θνητότητα, κυρίως εξαιτίας της καθυστερημένης διάγνωσης. Συχνά η καθυστέρηση αυτή οφείλεται στο ότι τα συμπτώματα της νόσου δεν είναι ειδικά ή απουσιάζουν στα αρχικά στάδια. Όμως σε αρκετές περιπτώσεις η νόσος προκαλεί μεταβολή στα χρόνια συμπτώματα, που οφείλονται στο κάπνισμα, οπότε ο καπνιστής δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία, ούτε θορυβείται από αυτά, αφού είναι εξοικειωμένος με την παρουσία τους και αποδίδει την όποια μεταβολή σε άλλους παράγοντες.

Τα σημεία και συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου, από το βαθμό απόφραξης και την ύπαρξη μεταστάσεων σε κοντινές ή μακρινές περιοχές. Τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να είναι: βήχας, που αρχίζει ως επώδυνος μη παραγωγικός και εξελίσσεται σε παραγωγικό, με παχύρρευστα και πυώδη πτύελα, καθώς επισυμβαίνει δευτεροπαθής λοίμωξη. Βήχας που αλλάζει χαρακτήρα πρέπει να εγείρει υποψία καρκίνου του πνεύμονα. Πτύελα αιμόφυρτα, ιδιαίτερα το πρωί. Συριγμό, όταν ένας βρόγχος αποφράσσεται μερικά, παρατηρείται στο 20% των αρρώστων. Υποτροπιάζοντα πυρετό εξαιτίας λοίμωξης περιφερικά από τον όγκο. Πόνος, που εκδηλώνεται όψιμος και συχνός σχετίζεται με μετάσταση στα οστά. Αν ο όγκος επεκταθεί σε γειτονικές δομές, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει θωρακαλγία, βράχος, δυσφαγία, οίδημα κεφαλής και λαιμού και συμπτώματα από πλευριτικό ή περικαρδιακό εξίδρωμα. Σε προχωρημένα στάδια παρουσιάζει συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας, ανορεξίας,

απώλειας βάρους και αναιμίας.³²

Οι πιο συχνές μεταστάσεις γίνονται στους λεμφαδένες, στα οστά, στον εγκέφαλο, στον αντίπλευρο πνεύμονα και στα επινεφρίδια.

Η έγκαιρη ανεύρεση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα επιβίωσης ,αλλά αυτό δεν έχει ακόμα αποδειχθεί αναμφισβήτητα. Το στάδιο της νόσου, ο τύπος του καρκίνου του πνεύμονα, αλλά και η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς υποδεικνύουν τη θεραπευτική τακτική που θα ακολουθηθεί.

Η θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική αντιμετώπιση, ακτινοβολία και χημειοθεραπεία, είτε χωριστά είτε σε συνδυασμό.¹⁹

Η εγχείρηση για την αφαίρεση του καρκίνου του πνεύμονα είναι δυνατή μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Δεν είναι κατάλληλη σε περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα του σώματος ή βρίσκεται σε μια περιοχή του πνεύμονα που κάνει την αφαίρεση του αδύνατη. Η εκτομή είναι η μόνη ριζική θεραπεία. Έτσι από διάφορες στατιστικές προκύπτει ότι τελικά μόνο 25% των ασθενών υφίστανται ριζική εγχείρηση και απ' αυτούς μόνο 20% έχουν πενταετή επιβίωση. Κατά συνέπεια τελικά μόνο το 5% ευεργετούνται από την επέμβαση.⁵⁵

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιφέρει ίαση σε ένα μικρό αριθμό αρρώστων. Είναι χρήσιμη στον έλεγχο ακτινο-αποκριτικών νεοπλασμάτων που δεν μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανακουφιστική θεραπεία για μείωση του μεγέθους του όγκου και μείωση πίεσης στα ζωτικά όργανα.

Η χημειοθεραπεία έχει θεραπευτικά αποτελέσματα μόνο σε ένα περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων 5%. Προς το παρόν, η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για να επηρεάσει τα πρότυπα ανάπτυξης του όγκου, για θεραπεία αρρώστων με μακρινές μεταστάσεις ή μικροκυτταρικό καρκίνωμα, και σε συνδυασμό με χειρουργική εκτομή και

ακτινοθεραπεία.⁴⁶

Χρησιμοποιούνται σχήματα συνδυασμού δύο ή περισσότερων φαρμάκων, όπως υδροχλωρική δοξορουβικίνη, κυκλοφωσφαμίδη, βινκριστίνη και σισπλατίνη. Ένα αποτελεσματικό φάρμακο σε μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα είναι το VP-16. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σισπλατίνη. Τα φάρμακα αυτά είναι τοξικά και έχουν στενό περιθώριο ασφάλειας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να επιφέρει ανακούφιση, ιδιαίτερα του πόνου, όχι όμως ίαση, ενώ σπάνια παρατείνει τη ζωή. Είναι πολύτιμη για μείωση συμπτωμάτων εξαιτίας πίεσης από τον όγκο και για θεραπεία μεταστάσεων σε εγκέφαλο, σπονδυλική στήλη και περικάρδια.

Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει τη δυνατότητα εφαρμογής θεραπευτικής παρέμβασης και ενδεχομένως πλήρους ίασης, πριν επεκταθεί η νόσος. Κατά συνέπια τόσο οι καπνιστές, όσο και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι, προκειμένου να γίνεται εγκαίρως περαιτέρω διερεύνηση τέτοιων μεταβολών με στόχο την πρόωπη και άρα αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση ενδεχόμενου πνευμονικού καρκίνου.⁵⁵

Παρόλα αυτά η πρόγνωση παραμένει δυσμενής σε μεγάλο ποσοστό γι' αυτό και κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ανεύρεσης νέων αποτελεσματικότερων θεραπειών. Οι στοχευμένες θεραπείες αποτελούν νέους παράγοντες που δρουν εξειδικευμένα σε κυτταρικούς υποδοχείς και αναστέλλοντας τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Η ελπίδα που δίνουν αυτά τα ευρήματα για ουσιαστική αντιμετώπιση αυτής της συχνής κι επιθετικής μορφής καρκίνου είναι πολύ σημαντική.

Το να κόψει κανείς το κάπνισμα σε οποιαδήποτε ηλικία βοηθάει, ωστόσο η μέγιστη μείωση του βαθμού επικινδυνότητας επιτυγχάνεται όταν κόψει κανείς το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία.



πνεύμονας καπνιστή



κανονικός πνεύμονας

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΟΣ ΚΑΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Πάνω από 10% αυξάνεται κάθε χρόνο παγκόσμια ο αριθμός των νέων ασθενών από καρκίνο του στόματος και ταυτόχρονα ολοένα και νεότεροι άνθρωποι νοσούν. Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν περισσότεροι από 500.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο εμφανίζουν κάθε χρόνο καρκίνο στη στοματική περιοχή, ενώ στη χώρα μας υπολογίζεται ότι πάνω από 1.200 άτομα προσβάλλονται από τη νόσο.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές, εμφανίζουν 5,8 -13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο του στοματοφάρυγγα . Οι καπνιστές που είναι και πότες οινοπνευματωδών ποτών έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες . Το κάπνισμα ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με κατανάλωση σημαντικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του οισοφάγου.⁵⁶

Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα, είναι καθοριστική για την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης

των ασθενών. Ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο του στόματος και του φάρυγγα. Οι περισσότερες περιπτώσεις αρχίζουν στη γλώσσα και στο έδαφος του στόματος που βρίσκεται κάτω από τη γλώσσα.

Είναι γνωστό ότι οποιοσδήποτε μπορεί να προσβληθεί από τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στους άνδρες, σε άτομα άνω των 40 ετών, στους καπνιστές, σε αυτούς που πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και σε αυτούς που έχουν ιστορικό καρκίνου κεφαλής και του λαιμού.¹⁷

Επιπλέον, ο καρκίνος του στόματος είναι το έκτο σε συχνότητα κακόηθες νεόπλασμα, ενώ σε πολλές περιοχές του κόσμου αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού. Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών από καρκίνο του στόματος είναι μικρό. Η νόσος χτυπά κυρίως άτομα ηλικίας 50 μέχρι 70 χρόνων. Δυστυχώς όμως τα τελευταία χρόνια η ασθένεια εμφανίζεται και σε νεαρά άτομα από 30 μέχρι και 14 χρόνων.

Τα περισσότερα από τα πρώτα σημεία του καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα, δεν προκαλούν πόνο. Επίσης είναι δύσκολο να ανιχνευθούν χωρίς να γίνει μια προσεκτική και λεπτομερής εξέταση της κεφαλής και του λαιμού από έναν γιατρό ή οδοντίατρο.⁵⁶

Τα αρχικά συμπτώματα και σημεία του καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα μπορεί να περιλαμβάνουν :

1. Πληγή στο στόμα που δεν επουλώνεται ή που αιμορραγεί εύκολα.
2. Λευκή ή κόκκινη πλάκα στο στόμα που δεν φεύγει.
3. Παρουσία ογκιδίου ή πάχυνσης επιφάνειας ή πόνος στο στόμα, στο βάθος του λαιμού, στο φάρυγγα ή στη γλώσσα.
4. Δυσκολίες μάσησης ή κατάποσης του φαγητού.
5. Απώλεια δοντιών.
6. Πόνος στα αυτιά.⁵⁷

Οι κυριότερες αιτίες που ενοχοποιούνται για τον καρκίνο στόματος και φάρυγγα είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η χρήση πολλών καρυκευμάτων στα φαγητά, η ατμοσφαιρική ρύπανση και το στρες σύμφωνα με τους επιστήμονες, εκτός από την γονιδιακή προδιάθεση.

Μελέτες έχουν δείξει ότι το 93% των ασθενών πέρασε μια ιδιαίτερη περίοδο πέντε έως έξι μήνες πριν από την εμφάνιση της νόσου, όπως σοβαρή κατάθλιψη, απώλεια αγαπημένου προσώπου ή εργασίας. Κύριο σύμπτωμα της νόσου είναι μια πληγή στο στόμα που δεν κλείνει για 10 έως 15 ημέρες. Πιο συχνά εμφανίζεται στο κάτω χείλος του στόματος, τη γλώσσα ή τα ούλα. Δυστυχώς ,όμως, μόνο ένας στους τέσσερις ,δηλαδή το 25%, απευθύνεται έγκαιρα στο γιατρό ώστε να εντοπιστεί η νόσος σε αρχικό στάδιο. Ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν ουσιαστικά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του στόματος.⁵⁵

Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται:

- Το κάπνισμα κάθε μορφής
- Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ
- Ιογενείς λοιμώξεις
- Ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια, δηλαδή μείωση των δυνατοτήτων του συστήματος άμυνας του οργανισμού
- Υποσιτισμός
- Κακή υγιεινή του στόματος
- Τεχνητές οδοντοστοιχίες κακής ποιότητας που δεν ταιριάζουν καλά
- Υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ήλιου που ευθύνεται ιδιαίτερα για πρόκληση καρκίνου των χειλιών
- Ορισμένες επαγγελματικές ενασχολήσεις.⁴⁶

Όσον αφορά την πρόληψη της νόσου οι επιστήμονες συστήνουν τη διακοπή του καπνίσματος και τον περιορισμό του αλκοόλ. Ακόμη να

αποφεύγονται τα πολλά και βαριά καρυκεύματα στα φαγητά και αυτό γιατί λόγω της διατροφής (χρήση πολλών καρυκευμάτων) αυτή η μορφή καρκίνου είναι η δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται άμεσος ιατρικός έλεγχος μια φορά το χρόνο σε άτομα ηλικίας άνω των 45 χρόνων που εμφανίζουν συχνά πληγές στο στόμα. Η διάγνωση της νόσου μπορεί να γίνει από ΩΡΛ γιατρό, παθολόγο, γενικό γιατρό ή και οδοντίατρο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται ανάλογα με τον ασθενή και το στάδιο της νόσου όπου γίνεται χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή ακόμη και συνδυασμός όλων αυτών. Ωστόσο, παρ' όλες τις προόδους της ιατρικής επιστήμης σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο η θνησιμότητα από τον καρκίνο του στόματος παραμένει υψηλή.⁶⁰

Οι ασθενείς μπορεί να εκπαιδευτούν από τους γιατρούς τους και να κοιτάζουν από μόνοι τους για ανησυχητικά σημεία. Η αυτοεξέταση ενώ μπορεί να βοηθά, δεν αντικαθιστά τη συστηματική εξέταση που πρέπει να γίνεται από το γιατρό ή τον οδοντίατρο. Επιπροσθέτως, ο οδοντίατρος ή ο γιατρός, πρέπει να κάνουν συστηματικά λεπτομερείς και προσεκτικές εξετάσεις ρουτίνας, της κεφαλής και του λαιμού σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για καρκίνο των περιοχών αυτών, ιδιαίτερα σε καπνιστές και άτομα που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοολούχων ποτών.⁴⁶

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή για την οποία όμως υπάρχει μια πιο αποτελεσματική πρόληψη. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα όπως επίσης και το 90% των καρκίνων της κεφαλής και του λαιμού, οφείλονται σε γνωστούς

παράγοντες που προκαλούν καρκίνο. Για το λόγο αυτό, η πρόληψη είναι δυνατή χάρη σε μια αλλαγή του τρόπου ζωής που στόχο έχει την αποφυγή της έκθεσης στους νοσηρούς καρκινογόνους παράγοντες.

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι δυνητικά ιάσιμος όταν ανιχνεύεται έγκαιρα. Αντιπροσωπεύει το 1% όλων των καρκίνων. Συμβαίνει οκτώ φορές συχνότερα στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Επιπλέον, παρατηρείται συχνότερα σε άτομα ηλικίας μεταξύ 50-65 ετών.⁶¹

Τα λαρυγγικά νεοπλάσματα μπορεί να περιλαμβάνουν τις γνήσιες φωνητικές χορδές ή να επεκτείνονται στις υπεργλωττιδικές ή υπογλωττιδικές περιοχές. Το εντοπισμένο καρκίνωμα, χαρακτηριστικά περιορίζεται στη γνήσια φωνητική χορδή. Ο ακροχορδονώδης καρκίνος είναι λαρυγγική αλλοίωση, που ενώ ιστολογικά είναι καλοήθης, θεραπεύεται ως κακοήθης. Περίπου 95% των λαρυγγικών νεοπλασμάτων αποτελούνται από πλακώδη κύτταρα, ενώ τα υπόλοιπα ταξινομούνται ως σάρκωμα, αδενοσάρκωμα και μεταστατικό νεόπλασμα. Είναι γνωστό ότι, η επίπτωση λαρυγγικών νεοπλασμάτων συνδέεται με κάπνισμα, υπερβολική χρήση αλκοόλ, φωνητική τάση, χρόνια λαρυγγίτιδα, έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους και ερεθιστικές ουσίες καθώς επίσης, και με οικογενειακή προδιάθεση.

Ως πρώιμο σύμπτωμα ενδογενούς καρκίνου του λάρυγγα είναι το επίμονο βράγχος φωνής. Ο άρρωστος με επιγλωττιδικό καρκίνο μπορεί να παραπονείται για πόνο και αίσθημα καύσου στο λαιμό όταν πίνει ζεστά υγρά ή χυμούς εσπεριδοειδών. Επιπλέον, μπορεί να αισθάνεται την ύπαρξη μάζας στο λαιμό. Ωστόσο, τα όψιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσφαγία, δύσπνοια, τραχύτητα φωνής και δύσοσμη αναπνοή. Διόγκωση τραχηλικών αδένων, απώλεια βάρους, γενική αδυναμία και πόνος, που ακτινοβολεί στο αυτί, μπορεί να υποδηλώνουν μετάσταση.⁵³

Όπως έχει διαπιστωθεί το 84 % των ανδρών που αναπτύσσουν καρκίνο του λάρυγγα η νόσος τους αποδίδεται στο κάπνισμα. Πολλοί

ερευνητές υπολόγισαν ότι ένας βαρύς καπνιστής έχει περίπου 40 φορές περισσότερες πιθανότητες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα . Η κατάχρηση καπνού και οινοπνευματωδών ποτών από το ίδιο άτομο αυξάνει ακόμα περισσότερο τις πιθανότητες αναπτύξεως καρκίνου του λάρυγγα . Ο καπνιστής διατρέχει 3 - 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του λάρυγγα από τον μη καπνιστή αλλά αυτό μπορεί να ανέλθει σε 30 – 40 φορές σε βαρείς καπνιστές . Και εδώ εξαρτάται από την δόση του καπνίσματος από την χρήση τσιγάρων χωρίς φίλτρο ,ή με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη, από την χρονική διάρκεια διακοπής του καπνίσματος , αλλά είναι εξίσου μεγάλος και σε καπνιστές πίπας και πούρου.²⁷

4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΗΣΤΕΩΣ

Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε ένα καπνιστή τσιγάρων είναι 1,5 – 3 φορές μεγαλύτερος από έναν μη καπνιστή . Η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται προοδευτική μείωση αυτού του κινδύνου. Είναι γνωστό ότι για την πρόκληση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως έχουν ενοχοποιηθεί διάφορα καρκινογόνα . Έχει όμως υπολογισθεί ότι το 40 60 % των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως των γυναικών οφείλονται στο κάπνισμα.

Η αιτιολογική συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αποδίδεται στον ενδογενή συσχετισμό νιτροζαμινών από την νικοτίνη του καπνού. Οι νιτροζαμίνες , που είναι γνωστά καρκινογόνα αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχου κύστης.³⁰

5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Μετά από μελέτες επιστήμονες βρήκαν ότι η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου τα μήτρας είναι τρεις φορές

μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες . Επίσης διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερος στις βαριές καπνίστριες . Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται προοδευτικά μετά την διακοπή του καπνίσματος . Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου τραχήλου της μήτρας υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση . Αν και μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο καρκινογόνο , που να προέρχεται από τον καπνό του τσιγάρου και να επιδρά επιλεκτικά στο επιθήλιο το τραχήλου της μήτρας , οι έρευνες συνεχίζονται για να εξηγηθεί στατιστικώς διαπιστούμενη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις καπνίστριες γυναίκες .

Επίσης πολλοί υποστηρίζουν την άποψη ότι πιθανόν το κάπνισμα και ο ιός του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και προκαλούν καρκίνο . Αν πράγματι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προκύπτει ότι οι γυναίκες πληρώνουν για την συνήθεια του καπνίσματος βαρύτερο φόρο ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες καπνιστές.⁶¹

6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ - ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος αφενός και καπνίσματος και καρκίνου του νεφρού αφετέρου . Τα υπάρχοντα πάντως μέχρι σήμερα στοιχεία δεν αποδεικνύουν απολύτως αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος ή καρκίνου του νεφρού.

Συμπερασματικά τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία του 30 % του συνόλου των θανάτων από κακοήθεις νόσους.²⁷

7. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια οι διάφορες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και την ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Η βλαπτική επίδραση στο ήπαρ σχετίζεται περισσότερο με ιστορικό προσβολής από ηπατίτιδα Β και λιγότερο από την παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ. Για το λόγο αυτό, από το 1993 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά να γίνεται το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. Το κάπνισμα προκαλεί χολολιθίαση και οι νιτροζαμίνες του καπνού ευθύνονται για τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο.³⁶

8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η θνησιμότητα του καρκίνου του στομάχου έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση καρκίνου του στομάχου είναι κατά μέσο όρο 50% για τους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές.²⁷

9. ΑΙΜΑΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Υπάρχουν ενδείξεις σε ποσοστό 20% -30% ότι υπάρχει σχέση καπνίσματος και λευχαιμίας. Η παθογένεια αυτής της σχέσης είναι προς το παρόν υποθετική. Ο καπνός των τσιγάρων περιέχει βενζόλιο και πολώνιο-210 που είναι πηγή ιονίζουσας ακτινοβολίας. Αυτοί οι δυο παράγοντες αποτελούν αιτίες λευχαιμίας.²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι καπνιστές και τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ανωμαλίες στα χρωμοσώματα τους.

Οι επιστήμονες στην Καλιφόρνια χρησιμοποίησαν μια τεχνική ονομαζόμενη Chromosome painting, δηλαδή βαφή χρωμοσώματος, για να αποκαλύψουν επιβλαβείς εκτάσεις του ανθρώπινου DNA. Κατά την περιγραφή της τεχνικής των χρωμοσωμάτων παρατηρήθηκε το φαινόμενο «υβριδισμού των χρωμοσωμάτων», ένα φαινόμενο αποκαλούμενο translocation που σημαίνει μετατόπιση, δηλαδή γίνεται μεταφορά ενός μέρους του χρωμοσώματος σε άλλο μέρος του ίδιου χρωμοσώματος.

Εξέτασαν δείγματα αίματος από ανθρώπους ηλικίας 20-80 ετών καθώς και από τον ομφάλιο λώρο των νεογέννητων. Τα νεογνά των καπνιστριών είχαν translocations (μετατοπίσεις) 50% υψηλότερες από τα νεογνά των μη καπνιστριών. Οι translocations αυτές στα χρωμοσώματα έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου από τα προϊόντα καπνού που βλάπτουν το DNA του κυττάρου.⁶³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

7.1 Επιδράσεις του καπνίσματα προ της γονιμοποίησης

Έχει αποδειχθεί από επιδημιολογικές έρευνες ότι το κάπνισμα ασκεί αρνητική επίδραση στην γυναικεία και ανδρική γονιμότητα. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν επιδημιολογικές και πειραματικές έρευνες σε ζώα, όπου συντριπτικά υποστηρίζεται η υπόθεση ότι το κάπνισμα τσιγάρου και η πρόσληψη ουσιών που περιέχονται σε αυτό, έχουν δυσμενή επίδραση στην λειτουργία της αναπαραγωγής.

Το κάπνισμα επιδρά στον εμμηνορρυσιακό κύκλο, στο μηχανισμό της ωογέννησης, στη λειτουργικότητα των σαλπίγγων, στη μεταφορά του εμβρύου και στην ηλικία που αρχίζει η εμμηνόπαυση. Συνεπάγεται λοιπόν ότι το κάπνισμα μπορεί να επιδράσει σχεδόν σε κάθε φάση της πολύπλοκης διαδικασίας της αναπαραγωγής, αποτρέποντας το ζευγάρι από το επιθυμητό αποτέλεσμα που είναι η γέννηση ενός υγιούς νεογνού.⁷

Έτσι, οι συστηματικές καπνίστριες εμφανίζουν σημαντικά αυξημένη υπογονιμότητα σε σχέση με τις μη καπνίστριες (21% με 14% αντίστοιχα). Μια αξιοσημείωτη και στατιστικά σημαντική διαφορά ελαττωμένης γονιμότητας, σε σχέση με τον αυξημένο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων έχει παρατηρηθεί ειδικά σε γυναίκες, οι οποίες καπνίζουν περισσότερα από 16 τσιγάρα ημερησίως.¹⁸

7.2 Επιδράσεις του καπνίσματος στην κνηση και το εμβryo

1. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΈΚΤΡΩΣΗ

Έχει διαπιστωθεί από σχετικές έρευνες ότι το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ενός πακέτου την ημέρα ή και περισσότερο σε καθημερινή βάση, αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την πρόκληση αυτόματης έκτρωσης. Με τον όρο αυτόν προσδιορίζεται η αυτόματη

διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ή όταν το βάρος του δεν ξεπερνά τα 50g σε ηλικία κύησης μικρότερη από 24 εβδομάδες.¹⁰

Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι οι καπνίστριες μητέρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποβάλλουν κατά 30%. Κάποιες άλλες έρευνες διαπίστωσαν ότι μεταξύ του πληθυσμού των βαρέων καπνιστών οι περιπτώσεις των αυτόματων αποβολών ήταν 1,7 φορές περισσότερες.

Φαίνεται ότι η κύρια αιτία, στην οποία οφείλεται ο αυξημένος κίνδυνος για αυτόματες αποβολές των εμβρύων των καπνιστριών εγκύων είναι η δράση που ασκεί το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) στο φθαρτό. Συγκεκριμένα, το CO συντελεί στην νέκρωση των ιστών του φθαρτού. Η πιο ευαίσθητη περίοδος για την πρόκληση αυτόματης αποβολής είναι το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.²⁰

2 . ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΥΠΟΞΙΑ

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), το οποίο περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου είναι υπεύθυνο για την εκδήλωση υποξίας του εμβρύου. Τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα στην έγκυο αυξάνονται ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει ημερησίως.

Το CO διαχέεται άμεσα στον πλακούντα και, όταν βρεθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, ανταγωνίζεται με το οξυγόνο για τις θέσεις πρόσδεσης στην αιμογλοβίνη, σχηματίζοντας καρβοξυαιμογλοβίνη. Όταν σχηματιστεί η καρβοξυαιμογλοβίνη, τα μόρια οξυγόνου εκτοπίζονται και έτσι μειώνεται η μερική πίεση οξυγόνου (PO₂) του εμβρύου και εξασθενεί η οξυγόνωση των ιστών του. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια το έμβρυο να παρουσιάζει ενδομήτρια υποξία.¹⁷

3. ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Το μητρικό κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης έχει

συνδεθεί με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου που αποτελεί μια από τις πιο συχνές εμβρυϊκές διαταραχές και σχετίζεται με επταπλάσια αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί ότι ο σχετικός κίνδυνος να παρουσιάσει το έμβρυο που έχει εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη είναι 2,2 έως 4,2 φορές μεγαλύτερος

Με τη βοήθεια της εφαρμογής των υπέρηχων έχουν ελεγχθεί αρκετά πρώιμα τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των εμβρύων που εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου. Έχει λοιπόν διαπιστωθεί μείωση του μήκους του σώματος των εμβρύων, της περιμέτρου της κεφαλής τους και των διαστάσεων των σπλάχνων τους, μάλιστα, φαίνεται ότι αυτές οι δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου είναι ανάλογες του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνει η έγκυος καθημερινά και γίνονται ακόμη βαρύτερες, εάν η έγκυος συνεχίσει το κάπνισμα μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης.²¹

Επίσης, έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι ο κίνδυνος υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου είναι πολύ πιο σημαντικός για τις έγκυες γυναίκες άνω των 35 ετών, οι οποίες καπνίζουν προφανώς πολύ περισσότερα χρόνια απ' ό,τι οι έγκυες γυναίκες μικρότερης ηλικίας

Κύρια αίτια για την υπολειπόμενη ανάπτυξη των εμβρύων αποτελούν η μειωμένη πρόσληψη οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών, τα οποία είναι αποτέλεσμα της δράσης του μονοξειδίου του άνθρακα και της νικοτίνης που περιέχονται στο καπνό του τσιγάρου.

Δευτερεύοντα αίτια αποτελούν η πρόωρη πλακουντιακή ωρίμανση, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, τα οποία είναι δυνατόν να δημιουργηθούν λόγω του καπνίσματος της μητέρας κατά την κύηση.⁶⁵

4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου έχει ως συνέπεια την γρηγορότερη ωρίμανση των πνευμόνων του και κατ' επέκταση τη μείωση του κινδύνου να εμφανίσει σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ).

Μάλιστα , έχει παρατηρηθεί ότι τα έμβρυα των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης παρουσίασαν ικανοποιητική πνευμονική ωριμότητα μια εβδομάδα νωρίτερα με τα έμβρυα που δεν είχαν εκτεθεί στον καπνό και ο κίνδυνος να εμφανίσουν ΣΑΔ είχε μειωθεί κατά 50%.

Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν καταδείξει ότι η νικοτίνη κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης υποβοηθάει την έκκριση της ACTH και συντελεί στην μεταβολή της παραγωγής και έκκρισης της κορτιζόλης, με αποτέλεσμα την νωρίτερη ωρίμανση των πνευμόνων.¹⁹

Η διαδικασία μέσα από τη οποία τα εκτεθειμένα στον καπνό έμβρυα παρουσιάζουν πρόωρα μια κανονική ή και αυξημένη σχέση λεκιθίνης προς σφιγγομυελίνη (απ' την οποία καθορίζεται η ωρίμανση των πνευμόνων) είναι σύνθετη και μη φυσιολογική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται βραχυπρόθεσμα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ΣΑΔ στα έμβρυα αυτά, αλλά μακροπρόθεσμα να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος, κυρίως κατά το πρώτο έτος της ζωής τους αλλά και μέχρι την εφηβική τους ηλικία.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι το κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγεται κατά την κύηση, γιατί ενώ βοηθά στην πρόωρη ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου και στη μείωση του κινδύνου για εμφάνιση ΣΑΔ, στην πραγματικότητα, η ωρίμανση αυτή δεν είναι φυσιολογική, με αποτέλεσμα σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά αυτά να εμφανίζουν

αναπνευστικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους.⁶⁷

5. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το κάπνισμα κατά την κύηση έχει ως άμεση επίδραση την αύξηση του ποσοστού της περιγεννητικής θνησιμότητας. Μάλιστα, ο αυξημένος αυτός κίνδυνος είναι 20% για τις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν μέχρι 20 τσιγάρα την ημέρα και 35% για εκείνες που καπνίζουν περισσότερο από ένα πακέτο ημερησίως

Επίσης, είναι αποδεδειγμένο ότι πάνω από τα 2/3 όλων των περιγεννητικών θανάτων προκλήθηκαν από την έκθεση του εμβρύου/νεογνού στον καπνό του τσιγάρου πριν ή μετά την γέννηση. Στατιστικά, έχει βρεθεί ότι τα υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας εμφανίζονται, όταν οι καπνίστριες μητέρες ανήκουν στη μαύρη φυλή και στις χαμηλότερες οικονομικά και κοινωνικά τάξεις.²²

Έχει παρατηρηθεί μια διαφορά μεταξύ των πρωτόκων και πολύτοκων γυναικών από την άποψη των αποτελεσμάτων της επίδρασης του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση.³³

Οι πρωτότοκες γυναίκες, οι οποίες καπνίζουν λιγότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, εμφανίζουν έναν αυξημένο κίνδυνο κατά 25% εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας από ότι οι μη καπνίστριες γυναίκες. Ενώ, οι πρωτότοκες γυναίκες που καπνίζουν περισσότερο από ένα πακέτο την ημέρα, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας κατά 56%.

Οι πολύτοκες γυναίκες, που κάπνιζαν κατά την κύηση, εμφάνισαν περιγεννητική θνησιμότητα σε ποσοστό κατά 30% υψηλότερο σε σχέση με τις μη καπνίστριες, χωρίς να υπάρχει διαφορά σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν.³¹

Η αύξηση αυτή της θνησιμότητας εκδηλώνεται είτε ως θάνατος του εμβρύου ο οποίος λαμβάνει χώρα συνήθως μετά την 28ⁿ εβδομάδα

της κύησης, είτε ως θάνατος του νεογνού κυρίως κατά τις πρώτες 6 ημέρες της ζωής του.

Τα ακριβή αίτια της περιγεννητικής θνησιμότητας δεν είναι ακόμη γνωστά, αλλά ως πιθανά αίτια εμφανίζονται οι μηχανισμοί που προκαλούν ενδομήτρια υποξία, προωρότητα, προδρομικό πλακούντα και πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Σε μια μεγάλη μελέτη που έγινε στην Αγγλία και η οποία περιελάμβανε 2000 κυήσεις, βρέθηκε ότι από τις γυναίκες που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη, έχασαν το παιδί τους σε ποσοστό 7,9% έναντι 4,1% όσων δεν κάπνιζαν. Επίσης, βρέθηκε ότι μια στις πέντε γυναίκες έχασαν το παιδί τους και κάπνιζαν δεν θα είχε τέτοια δυσάρεστη έκβαση, εάν δεν κάπνιζε.²⁵

Έχει υπολογιστεί επίσης ότι, εάν όλες οι έγκυες γυναίκες διακόψουν το κάπνισμα, τότε ο αριθμός της εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας θα μειωθεί κατά 10%

Επίσης, έρευνα όλων των περιστατικών από το «Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου» η οποία έγινε από το 1993 έως το 1995, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι περίπου τα 2/3 όλων των περιγεννητικών θανάτων θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν τα παιδιά δεν εκτίθενταν στον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτρια ζωή τους και μετά. Γι' αυτό, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη συμβουλευτικής, προκειμένου οι γυναίκες να διακόπτουν το κάπνισμα κατά την κύηση αλλά και μετά από αυτή.⁶⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Παθητικό κάπνισμα ονομάζεται το κάπνισμα που γίνεται με την εισπνοή α) του καπνού που βγάζουν από τους πνεύμονες τους αυτοί που καπνίζουν και β) εκείνου που παράγεται από τα αναμμένα τσιγάρα στα χέρια των καπνιστών ή στα τασάκια..

Το παθητικό κάπνισμα είναι ενοχλητικό έως και αποκρουστικό για τον μη καπνιστή, αλλά ακόμα και πολύ επιβαρυντικό για την υγεία του! Έτσι ταλαιπωρείται διπλά χωρίς να φταίει. Εξαναγκάζεται να δέχεται φθοροποιές συνθήκες που του επιβάλλει ο άλλος και που ο ίδιος αντιπαθεί και το έχει απορρίψει.⁶⁷

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας επισημαίνεται ότι το παθητικό κάπνισμα έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις, καθώς έχει χαρακτηριστεί ως η τρίτη αιτία θνησιμότητας. Με βάση τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, στο αίμα και στα ούρα των παθητικών καπνιστών περιλαμβάνονται οι ίδιες ακριβώς ουσίες που ανιχνεύονται και στους καπνιστές καθώς και διάφορες καρκινογόνες ουσίες. Η ποσότητα νικοτίνης που απορροφάται από τους παθητικούς καπνιστές σε μια περίοδο τεσσάρων ωρών είναι ανάλογη με των ελαφρών καπνιστών (1-10) τσιγάρα την ημέρα.³⁷

Το παθητικό κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για έναν αριθμό ασθενειών:

- Στεφανιαία νόσο 3 %
- Αύξηση και 3 φορές καρκίνου τον πνεύμονα
- Συσχέτιση παθητικών καπνιστών με καρκίνου φάρυγγα, καρκίνου οισοφάγου, καρκίνου στόματος.
- Στους μη καπνιστές, ο καπνός προκαλεί ρινικά συμπτώματα, βήχα, κεφαλαλγίες, και κρίσεις βρογχικού άσθματος

- Επίσης έχει δυσμενείς επιπτώσεις σε διάφορες κατηγορίες ατόμων όπως:

α) στις εγκύους μπορεί να προκαλέσει αποβολές καθώς και πλήθος προβλημάτων στα παιδιά που θα γεννηθούν

β) σε ηλικιωμένους και ειδικά σε άτομα με αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση τους.

Τέλος ο Πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας υποστηρίζει ότι το παθητικό κάπνισμα σκοτώνει όσο και η ρύπανση.⁶⁸

8.1 Παθητικό κάπνισμα και ενήλικες

Περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. 7.000 θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2002 προκάλεσε το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας ενώ η έκθεση στο σπίτι έχει ως συνέπεια 72.000 επιπλέον θανάτους.

Η εισπνοή του καπνού σε κλειστούς χώρους, όπου καπνίζουν πολλοί και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει σε τέτοια επίπεδα ,ώστε να αντιστοιχεί με το άμεσο κάπνισμα περίπου 15 τσιγάρων.⁶⁸

Οι ενήλικες παθητικοί καπνιστές, πλέον ευαίσθητοι και ευπαθείς από τους εθελοντικούς καπνιστές, παρουσιάζουν: ερεθισμό στα μάτια (69%), κεφαλόπονο (33%), συμπτώματα από την μύτη(33%) και βήχα(33%), επιβάρυνση ή εγκατάσταση αλλεργικών κρίσεων (τα άτομα με αλλεργική ευαισθησία του αναπνευστικού), σημαντική ελάττωση της αναπνευστικής ικανότητας όπως άτομα με βρογχικό άσθμα, και επιδείνωση της καταστάσεως τους σε άτομα με αναπνευστικά προβλήματα που εμφανίζουν από τη γέννηση τους. Με το παθητικό

κάπνισμα μειώνεται η λειτουργική ικανότητα των μικρών βρόγχων των υγιείς τόσο όσο με το κάπνισμα 1-10 τσιγάρων.

Ωστόσο μεγάλος είναι ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνίστριες γυναίκες, από τη συνεχή έκθεση στον καπνό του τσιγάρου του άνδρα τους, όπου είναι περίπου διπλάσιος με εκείνον στις γυναίκες που οι άνδρες τους δεν καπνίζουν. Φθάνει μέχρι και 2,4 φορές με 1-20 τσιγάρα και στις 3,4 φορές με το κάπνισμα 20 τσιγάρα και πάνω, από τους άνδρες τους.⁶⁷

8.2 Παθητικό κάπνισμα και παιδιά

Ως γνωστό, το παθητικό κάπνισμα έχει καταστροφικές επιδράσεις στην υγεία των παιδιών.

Οι πιο ανυπεράσπιστοι παθητικοί καπνιστές είναι τα έμβρυα. Όταν μια γυναίκα καπνίζει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, τροφοδοτεί με νικοτίνη και μονοξείδιο του άνθρακα το αίμα του παιδιού της. Το έμβρυο είναι πολύ πιθανό να γεννηθεί με μειωμένο βάρος. Το κάπνισμα αυξάνει, επίσης, τις πιθανότητες ασθενειών του βρέφους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του. Ο κίνδυνος να γεννηθεί πεθαμένο το βρέφος ή να πεθάνει τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του, αυξάνει με το κάπνισμα κάθε τσιγάρου.⁶⁷

Μεγαλώνοντας τα παιδιά μέσα στους καπνούς των τσιγάρων, πολύ πιθανό να εκδηλώσουν βρογχίτιδα και πνευμονία. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι εάν οι γονείς ενός παιδιού καπνίζουν, αυτό θα γίνει λίγο κοντότερο από το μέσο όρο, στην ηλικία των έντεκα χρόνων θα έχει λίγο πιο μειωμένη ικανότητα για διάβασμα απ' ότι οι συνομήλικοί του, και είναι μιάμιση φορά πιθανότερο να απουσιάζει από το σχολείο του λόγω ασθένειας απ' ότι άλλοι μαθητές, ανεξάρτητα από το αν το παιδί το ίδιο καπνίζει.

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως η υπερκινητικότητα, η διαταραχή υπερδραστηριότητας από έλλειμμα προσοχής. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, το οικογενειακό περιβάλλον συνήθως αποτελεί πρότυπο μίμησης για τα παιδιά, εάν οι γονείς καπνίζουν τα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν και τα ίδια.⁶⁸

Σύμφωνα με έρευνες διαπιστώθηκε ότι:

1. Τα παιδιά που υποβάλλονταν καθημερινά σε παθητικό κάπνισμα για πολλές ώρες, είχαν 3,63 φορές περισσότερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων σε σύγκριση με παιδιά που μεγάλωσαν σε περιβάλλον χωρίς καπνό.
2. Εκείνα τα παιδιά που υποβάλλονται στο καπνό καθημερινά αλλά όχι για πολλές ώρες, είχαν 2,08 φορές περισσότερες φορές κίνδυνο για καρκίνο πνευμόνων.
3. Παιδιά που εκτίθονταν σε παθητικό κάπνισμα μερικές φορές την εβδομάδα, είχαν 1,45 φορές περισσότερο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα.
4. Για το σύνολο των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, η έκθεση στον καπνό που απελευθεωνόταν από καπνιστές στο περιβάλλον τους, αύξανε τον κίνδυνο για αναπνευστικές ασθένειες κατά 30% ενώ για καρκίνο πνευμόνων κατά 34%.
5. Για τα άτομα που ήσαν πρώην καπνιστές, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα δημιουργούσε μεγαλύτερους κινδύνους .

Μέχρι στιγμής, αν και το πρόβλημα είναι μεγάλο η προστασία των μικρών παιδιών δεν έχει προβλεφθεί με νομοθετικά μέτρα, ωστόσο το ερώτημα που τίθεται είναι, εάν και κατά πόσο θα μπορούσαν να ληφθούν νομοθετικά μέτρα για την προστασία των «ανυπεράσπιστων» μικρών παιδιών.⁶⁸

Ναι, μεν οι καπνιστές ισχυρίζονται ότι έχουν το δικαίωμα να καπνίζουν αλλά και τα παιδιά έχουν ακόμα πιο σημαντικό δικαίωμα να αναπνέουν “καθαρό αέρα” και να ζήσουν.

Επιπλέον, το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα υγείας, κυρίως στα παιδιά. Επειδή, πρέπει να προστατευτούν οι μη καπνιστές, σας προτείνουμε μερικούς απλούς τρόπους :

- Μην καπνίζετε μέσα στο σπίτι και το αυτοκίνητο.
- Ενημερώστε τους φίλους σας ότι δεν μπορούν να καπνίζουν μέσα στο σπίτι σας.
- Συνοδέψτε εκείνους που θέλουν να καπνίσουν στην αυλή ή το μπαλκόνι για να μην αισθανθούν ότι τους απορρίπτετε.
- Αν βρεθείτε σε κλειστό χώρο όπου καπνίζουν, ανοίξτε πόρτες και παράθυρα για να δημιουργηθεί ρεύμα. Εκτός από την άσχημη μυρωδιά του καπνού, ο καλός εξαερισμός απομακρύνει και κάποιες όχι όλες από τις βλαβερές ουσίες του.
- Μην καπνίζετε στη δουλειά σας, παρά μόνον αν υπάρχει ειδικός χώρος καπνιστήριο.⁶⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ, ΕΘΙΣΜΟΣ, ΕΞΑΡΤΗΣΗ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΕΩΣ

9.1 Εθισμός και εξάρτηση

Η μεγάλη διάδοση του καπνίσματος οφείλεται στις επιδράσεις της νικοτίνης στο Κ.Ν.Σ. οι οποίες βιώνονται από το άτομο άλλοτε ως ηρεμιστικές και άλλοτε ως ψυχοδιεγερτικές.

Ο δημοφιλέστερος τρόπος λήψεως της νικοτίνης είναι το κάπνισμα, καθώς δρα ταχύτατα φαρμακονικητικώς σε 7' φτάνει στον εγκέφαλο – και φαρμακοδυναμικώς είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος για τη δράση του αλκαλοειδούς. Οι καπνιστές καπνίζουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό λόγω των εθιστικών επιδράσεων της νικοτίνης.

Η νικοτίνη επηρεάζει τη διάθεση και την απόδοση και έχει αναφερθεί σαφώς ως πηγή εθισμού στον καπνό. Ο κόσμος καπνίζει για να διοχετεύει επιθυμητές δόσεις νικοτίνης στον οργανισμό του, με ορισμένους τρόπους παροχής και ενδιάμεσως διαστημάτων ανάμεσα στις δόσεις.¹⁷

Η λογική θεραπεία των φαρμακολογικών πλευρών του εθισμού στον καπνό περιλαμβάνει θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης με νέα παρασκευάσματα τα οποία προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις στους ιατρούς για εξατομικευμένη θεραπεία – ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε καπνιστή. Άλλες φαρμακοθεραπείες ειδικά με αντικαταθλιπτικά φάρμακα φαίνεται να υπόσχονται πολλά για ορισμένους καπνιστές.

Εκτός από την φαρμακευτική αυτή ιδιομορφία, το κάπνισμα εγκαθιστά ποικίλα δευτερογενή ερεθίσματα, όπως είναι η «γεύση» του τσιγάρου, που είναι το χαρακτηριστικό αίσθημα στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς από τον εισπνεόμενο καπνό.¹⁷

Ο συνδυασμός αυτών των ερεθισμάτων καθιστά ισχυρότερη την

τυπική εξαρτημένη συμπεριφορά του καπνιστή.

Από τον καπνό του τσιγάρου αθροίζονται στον οργανισμό πολλές τοξικές ουσίες, οι οποίες ασκούν συγκεκριμένες βλαπτικές επιδράσεις στα διάφορα συστήματα.

Περισσότερο επιβαρύνεται το κυκλοφοριακό και αναπνευστικό σύστημα με αντίστοιχες βλάβες επί τις υγείας των χρόνιων καπνιστών, όπως είναι η υπέρταση, περιφερική αγγειοπάθεια, αρτηριοσκλήρυνση, ισχαιμική καρδιοπάθεια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο καρκίνος των πνευμόνων.

Η νικοτίνη περιορίζεται κυρίως στις παθήσεις του κυκλοφοριακού και πιθανολογείται επίσης κάποια μόνιμη λειτουργική διαταραχή του Κ.Ν.Σ. επειδή ένας βαρύς καπνιστής δέχεται καθημερινώς 20mg νικοτίνης¹³

9.2 Στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή του καπνίσματος

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 κάτω από κάποιο όριο, αναλόγως του εθισμού.

Το σύνδρομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως, αρχίζει συνήθως μετά 24 ώρες και διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι εβδομάδες και σε κάποιους περισσότερο, ακόμη και μέχρι μερικούς μήνες.¹²

Τα φαινόμενα του συνδρόμου στέρησης, κατά συγκερασμό από διάφορες μελέτες, είναι τα εξής:

- Αύξηση επιθυμίας για κάπνισμα
- Ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα

- Δυσχέρεια συγκεντρώσεως
- Διαταραχές στην ικανότητα εκτέλεσης πράξεων γνώσεων και αντίληψης
- Τρόμος
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Ελάττωση εκκρίσεων κατεχολαμινών
- Αύξηση ορέξεων
- Ελάττωση βασικού μεταβολισμού
- Ελάττωση της καρδιακής συχνότητας
- Μεταβολές στην ηλεκτροεγκεφαλική συχνότητα.¹⁵

Το σύνδρομο στέρησης αποτελεί ισχυρό κίνητρο για την συνεχιση του καπνίσματος και δυσκολία στη διακοπή του στους βαρείς καπνιστές.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι με τα συνεχώς αυξανόμενα επιστημονικά δεδομένα, υπάρχει πλέον η τάση να κατατάσσεται η νικοτίνη μεταξύ των ουσιών οι οποίες προκαλούν τοξικομανία και γίνεται όλο και συχνότερα λόγος για «ταμπακομανία» και «νικοτινομανία».¹⁰

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

10.1 Πρόληψη και μετρά κατά του καπνίσματα

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής, η προσπάθεια για τον περιορισμό και τη διακοπή του καπνίσματος, κατέχει δικαιολογημένα την πρώτη θέση σε παγκόσμια κλίμακα. Τούτο εξηγείται από το γεγονός ότι η πληθώρα των σοβαρών παθήσεων που όπως είδαμε, έχουν ως αιτία το κάπνισμα και η αυξημένη απ' αυτές θνησιμότητα, μπορούν να περιοριστούν σε σημαντικό βαθμό όταν μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών.

Και προς την κατεύθυνση αυτή προβλέπουν όλες οι προσπάθειες με τη συστηματική και συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους που ενέχει η επικίνδυνη, κακή και αντικοινωνική συνήθεια του καπνίσματος.⁷⁰

Αν όμως τα αποτελέσματα του καπνίσματος είναι αντικείμενο του πρακτικού ιατρού προληπτικής προσπάθειας είναι καθαρά υπό πίεση και υποχρέωση του κράτους και της Πολιτείας με τη συμπαράσταση βέβαια των ιατρών και των άλλων Υγειονομικών φορέων.

Αντίθετα στη χώρα μας, η προσπάθεια αυτή καρκινοβατεί και η κρατική μέριμνα αντιμετωπίζει το θέμα της πρόληψης με αδικαιολόγητη βραδύτητα και συμπεριφορά στρουθοκαμηλισμού, προφανώς γιατί το κράτος ίσως εισπράττει μερικά Δις παραπάνω το χρόνο απ' όσα ξοδεύει για την κλειστή και ανοικτή νοσηλεία των θυμάτων του καπνίσματος.⁷¹

Από οικονομικές μελέτες που έγιναν σε συνεργασία της ΠΟΥ στον Καναδά και τη Γαλλία για παθήσεις με αιτία το κάπνισμα, τα έξοδα για περίθαλψη των αρρώστων αυτών τριπλασιάστηκαν από το 1977 μέχρι το 1980, σε σύγκριση με τα έσοδα από τη φορολογία του καπνού κυρίως

λόγω της χρησιμοποίησεως υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, ενώ στην Αυστρία μέσα στη 10ετία του 1970-80 τα έξοδα 10πλασιάστηκαν.

Είναι γνωστό ότι από το 1977 και το 1980 η ομάδα προγραμματισμού Υγείας του τότε Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, από συγκέντρωση στοιχείων, υπολόγισε ότι οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα για περίθαλψη σε τιμές του 1975 είχαν φθάσει το 1978 το ύψος των 14.350 εκατομμυρίων δραχμών.³⁰

Από τότε καμιά άλλη υπηρεσία δεν ασχολήθηκε με την εκτίμηση της πολυσύνθετης αυτής οικονομικής επιβάρυνσης. Ας σημειωθεί ότι τα έσοδα σε συνάλλαγμα καλύπτουν μόνο το 1% των αναγκών μας.

Θα υπάρξει βέβαια η απάντηση ότι το κράτος έχει θεσπίσει νόμο που απαγορεύει τις διαφημίσεις των τσιγάρων από την τηλεόραση και το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους.

Την αναποτελεσματικότητα της απαγόρευσης της διαφήμισης μόνο από την τηλεόραση, όταν δεν συνοδεύεται και από τα άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης του Κοινού (ημερήσιος και περιοδικός τύπος, κινηματογράφοι, γιγαντοαφίσσες στους δρόμους κ.ά), έδειξαν και σχετικές μελέτες που έγιναν στην Αγγλία, τη Δανία, την Ιρλανδία, τη Νέα Ζηλανδία και την Ιταλία.⁷¹

Σ' αυτό συμφωνεί και το γεγονός ότι στην Ελλάδα κάθε χρόνο η κατανάλωση του καπνού αυξάνει κατά 5-6%. Το Δεκέμβριο μάλιστα του 1986 η αύξηση ήταν 8,8% σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 1985!

Έτσι, η χώρα μας απέκτησε το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη χώρα σε κατανάλωση καπνού κατά κεφαλή, σε αναλογία πληθυσμού.

Άλλωστε τι να κάνει η απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο όταν παρατηρείται το απαράδεκτο φαινόμενο εκείνων που καπνίζουν με επιδεικτική μάλιστα αυταρέσκεια, κατά τη διάρκεια τηλεοπτικών εμφανίσεων, που τις παρακολουθούν επί ώρες εκατομμύρια τηλεθεατών μικρών και μεγάλων. Σε άλλα κράτη,

όπως στις ΗΠΑ, την Ιαπωνία, τον Καναδά, τα Σκανδιναβικά κράτη, την Αγγλία και αλλού, όπου η απαγόρευση του καπνίσματος σ' όλους τους δημόσιους χώρους παρακολουθείται αυστηρά, ο αριθμός των καπνιστών παρουσιάζει σημαντική ελάττωση, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες με σαφή υποχώρηση της θνησιμότητας από παθήσεις με αίτια το κάπνισμα.⁷²

Από την εμπειρία πολλών προηγμένων χωρών και από τις εκθέσεις των διαφόρων διεθνών επιτροπών και οργανώσεων όπως της ΠΟΥ, της UICC και άλλων και απ' ότι μέχρι τώρα έχει αποκομίσει ο αναγνώστης, το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η έκταση του καπνίσματος οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους:

- Στην απουσία συστηματικής αντικαπνιστικής εκστρατείας
- Στην μη αυστηρή εφαρμογή των μέτρων προστασίας τόσο των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών.

Προς τις δυο λοιπόν αυτές κατευθύνσεις θα πρέπει να στραφεί η όλη προσπάθεια για να περιοριστεί η κακή αυτή συνήθεια με πρόγραμμα που θα συνίσταται στη συνεχή ενημέρωση του κοινού.

Η εκστρατεία αυτή θα έχει ως αντικείμενο τις τρεις μεγάλες κοινωνικές τάξεις ηλικίας.

- Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας.
- Τους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας και τους ενήλικες, άνδρες και γυναίκες.³⁷

Στα παιδιά της σχολικής ηλικίας, η ενημέρωση δεν πρέπει να έχει το χαρακτήρα της αστυνομικής απαγόρευσης και παρακολούθησης ούτε και τη δημιουργία φόβου, άγχους και αγωνίας, αλλά την έννοια της σωστής ενημερωτικής διδασκαλίας σαν περιεχόμενο μαθήματος που θα αποτελεί μέρος του προγράμματος της μαθητικής τους ζωής.

Στους νέους και στις νέες της μετασχολικής ηλικίας, η προσπάθεια εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων στην κοινωνική αυτή τάξη συναντά

ορισμένες δυσκολίες και τούτο γιατί οι νέοι στην ηλικία αυτή δεν αποτελούν ομοιογενή και συγκεντρωμένη πληθυσμιακή ομάδα, αλλά ένα διεσπαρμένο κοινωνικό σύνολο με διαφορετικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική απασχόληση.¹⁸

Η πληροφόρηση εδώ εντάσσεται στο γενικό αποσπασματικό πρόγραμμα της ενημέρωσης για τους μεγάλους, με τα διάφορα μέσα μαζικής πληροφόρησης εκτός αν αποτελούν χωριστές οργανωμένες ομοειδείς τάξεις όπως είναι οι στρατιώτες, οι εργαζόμενοι σε εργοστάσια, σε δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες, κ.α. που μπορεί να υποχρεωθούν σε παρακολούθηση σχετικών ομιλιών στις οποίες θα τονίζονται κυρίως οι επιπτώσεις στη μετέπειτα ώριμη ηλικία, γιατί οι νέοι ως γνωστό, μεταθέτουν τις επιπτώσεις αυτές στο απώτερο μέλλον για τους άλλους και όχι για τους ίδιους.

Τέλος, στους ενήλικες, το πρόγραμμα θα πρέπει να αποβλέπει κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και στην αύξηση του αριθμού των μη καπνιστών, καθώς και στο αναφαίρετο δικαίωμα τούτων να αναπνέουν καθαρότερο αέρα.

Για τις καπνοβιομηχανίες και τις διαφημίσεις τους, θα πρέπει να ληφθούν αυστηρά νομοθετικά μέτρα όπως γίνεται σε πολλές χώρες για την παραγωγή τσιγάρων με μειωμένη πίσσα, νικοτίνη και CO, που θα αναγράφονται στα πακέτα και όχι να υπάρχει απλώς η ένδειξη "λιγότερο βλαβερό" ή "χαμηλής περιεκτικότητας" γιατί δεν υπάρχει ούτε και θα υπάρξει ποτέ "αθώο" ή "αβλαβές" τσιγάρο.⁷³

Σε πολλές χώρες, η υποχρεωτική αναγραφή στα πακέτα είναι περισσότερο αναλυτική και προειδοποιεί ότι «το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και χρόνια βρογχίτιδα».

Τον Ιούλιο του 1983, προτάθηκε και έγινε δεκτή μια νέα αυστηρότερη προειδοποίηση που έλεγε: ΠΡΟΣΟΧΗ: το κάπνισμα του

τσιγάρου προκαλεί καρκίνο ,εμφύσημα και καρδιακή νόσο, μπορεί να δυσκολέψει την εγκυμοσύνη και εθίζεται.

Ακολούθησαν και άλλες, ακόμα αυστηρότερες προειδοποιήσεις όπως ειδικά για τις γυναίκες: ΠΡΟΣΟΧΗ: το κάπνισμα του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει αποβολή, πρόωρο τοκετό ή μειωμένο βάρος του νεογέννητου. Οι συνεχής και αυστηρότερες αυτές προειδοποιήσεις ήταν παράλληλες με τη συνειδητοποίηση των κινδύνων από την επιδημία του καπνίσματος και την αύξηση του αριθμού των καπνιστών ιδιαίτερα στις νεώτερες ηλικίες.¹⁰

Από την ΠΟΥ, τις εκθέσεις του βασιλικού Κολεγίου των Γιατρών, τις σειρές των εκθέσεων του Γενικού Αρχιάτρου της Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ και την 2η έκδοση (1980) της Διεθνούς Ενώσεως εναντίον του καρκίνου, συνιστώνται ως μέγιστα επιτρεπτά ποσοστά για κάθε τσιγάρο, τα 15 mg πίσσας και το 1 mg νικοτίνης.

Αν και από θεωρητική άποψη τέτοια τσιγάρα με φίλτρο θα πρέπει να είναι λιγότερο βλαβερά, στην πραγματικότητα η κατάσταση είναι διαφορετική, γιατί οι συστηματικοί και βαρείς καπνιστές, που αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου, συνήθως αυξάνουν τον αριθμό των τσιγάρων και εισπνέουν βαθύτερα τα καυσαέρια για να ικανοποιήσουν την ανάγκη του οργανισμού τους που έχει συνηθίσει σε ορισμένο επίπεδο νικοτίνης στο αίμα.¹²

Με την έννοια αυτή, θα πρέπει να απομακρυνθούν από την κυκλοφορία όλα τα τσιγάρα με πίσσα πάνω από τα 15 mg και παράλληλα να υποχρεωθούν οι καπνοβιομηχανίες σε ακόμα μεγαλύτερη μείωση των ποσοστών πίσσας και νικοτίνης κάτω των 10 mg και του 1 mg αντίστοιχα, που θα αναγράφονται στα πακέτα με την ένδειξη ότι, ο κίνδυνος με περισσότερη πίσσα και νικοτίνη είναι ακόμα μεγαλύτερος.

Εκτός από την υποχρεωτική μείωση των ποσοστών πίσσας και νικοτίνης, θα πρέπει να επιβληθούν και αυστηροί περιορισμοί του

καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και να ενταθεί η προσπάθεια για συνεχή ενημέρωση, ώστε να γίνει πίστη και συνείδηση στο κοινό, ότι το κάπνισμα είναι μια κακή και αντικοινωνική συμπεριφορά και οι καπνιστές άτομα με μειωμένη κοινωνική αγωγή.¹²

Τελευταία, τα προηγμένα κράτη, για την προστασία των μη καπνιστών αυξάνουν τις θέσεις (των μη καπνιστών) στα αεροπλάνα, ενώ στις ΗΠΑ και αλλού πολλά εστιατόρια και δημόσια κέντρα διαθέτουν, για τους καπνιστές, ξεχωριστούς χώρους και η εξυπηρέτηση δεν είναι πάντοτε του αυτού επιπέδου με εκείνων μη καπνιστών.

Πέρα απ' όλα αυτά, για τον περιορισμό του καπνίσματος, πολλές χώρες επέβαλαν και περιοδική αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων, ιδιαίτερα εκείνων με μεγαλύτερα ποσοστά πίσσας και νικοτίνης.³⁷

Πράγματι, όπου εφαρμόστηκε η αύξηση αυτή συνέβαλε σημαντικά στη μείωση της κατανάλωσης του καπνού, όπως και το μέτρο της ευνοϊκότερης μεταχείρισης των μη καπνιστών σε περιπτώσεις διορισμών, μισθοδοσίας, προαγωγών, μείωσης των ασφαλιστρών ζωής κ.ά.

Σήμερα, που ακόμα δεν φαίνεται στον ορίζοντα της Βασικής και Εφαρμοσμένης έρευνας καμιά ελπίδα αποτελεσματικής θεραπείας του καρκίνου και των καρδιαγγειακών παθήσεων, πλην ορισμένων χειρουργικών περιπτώσεων, η εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος αποτελεί το κυριότερο όπλο της προληπτικής ιατρικής.⁷³

Η εκστρατεία αυτή εναντίον του καπνίσματος πρέπει να έχει ως αντικείμενο ιδιαίτερα τους νέους που αποτελούν το αμυντικό τείχος και την ασπίδα κάθε εξωτερικής επιβουλής και την πηγή της κοινωνικής προόδου και το μέλλον του έθνους.

Στην ενημέρωση αυτή αποβλέπει και η «Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία» που συστήθηκε τελευταία, με πυρήνα τους εκπροσώπους 14 επιστημονικών Ιατρικών Εταιρειών και Συλλόγων με επικεφαλής τον «Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο».³⁶

10.2 Απαγόρευση καπνίσματα

Η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι μία πραγματικότητα, καθώς ο αντικαπνιστικός νόμος 3730/2008 έχει τεθεί σε ισχύ.

Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω νόμο , έχουν τεθεί οι ακόλουθες ρυθμίσεις για τα προϊόντα του καπνού.

1. Απαγορεύεται:

- α) η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους,
- β) η τοποθέτηση προϊόντων καπνού σε προθήκες καταστημάτων, εξαιρουμένων των καταστημάτων αφορολογήτων ειδών, των περιπτέρων και των καταστημάτων που πωλούν αποκλειστικά προϊόντα καπνού,
- γ) η κατασκευή, προβολή, εμπορία και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς και το ηλεκτρονικό τσιγάρο ,
- δ) η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, καθώς και στα κυλικεία των Ιδρυμάτων και των Υπηρεσιών αυτών,
- ε) η πώληση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα σε χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης και
- στ) η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων.⁷⁸

2. Απαγορεύεται:

(α) κάθε συνοδευτική ένδειξη σε συσκευασίες προϊόντων καπνού, καθώς και κάθε μορφή διαφημιστικής προβολής ή καταχώρισης, σύμφωνα με τις οποίες η χρήση των προϊόντων καπνού εμφανίζει μειωμένο κίνδυνο για την υγεία και

(β) η κυκλοφορία προϊόντων, που διατίθενται για τη διακοπή του καπνίσματος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση της έγκρισης.⁷⁸

3. Μετά την πάροδο έτους απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού με μηχανήματα αυτόματης πώλησης, καθώς και η πώληση μεμονωμένων σιγαρέτων ή σιγαρέτων σε συσκευασία μικρότερη των είκοσι τεμαχίων.

4. Απαγορεύεται η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού.

5. Στους χώρους πώλησης προϊόντων καπνού αναρτάται σε εμφανές σημείο ένδειξη σχετικά με την απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους.⁷⁸

Από 1ης Ιουλίου 2009, απαγορεύτηκε το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού στους ακόλουθους χώρους:

(α) σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προβλεφθούν για τους καπνιστές από την κατά περίπτωση αρμόδια αρχή ή όργανο, σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και των χώρων που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή προϊόντων καπνού,

(β) σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ιδίως τα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών, γλυκισμάτων, κάθε είδους παρασκευασμάτων γάλακτος, μικτών καταστημάτων και κέντρων διασκέδασης κατά την έννοια των διατάξεων των άρθρων 5, 37, 38, 39, 40 και 41 της υπ' αριθμ. Α1β/8577/1983 Υγειονομικής Διάταξης (ΦΕΚ 526 Β'), εξαιρουμένων των εξωτερικών τους χώρων,

(γ) στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής,

(δ) στα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές,

(ε) στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων,

(στ) στα παντός είδους κυλικεία,

(ζ) στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων, με μετρητή (ταξί) και αγοραίων. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύναται να υπάγονται και άλλοι χώροι στην απαγόρευση του παρόντος άρθρου.⁷⁸

Επίσης στους κλειστούς ή στεγασμένους χώρους των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, δύναται να διαμορφωθούν χώροι καπνιζόντων που διαχωρίζονται από την υπόλοιπη αίθουσα και έχουν ειδικές εγκαταστάσεις εξαερισμού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και εκδίδεται μετά από εισήγηση της Ειδικής Υπηρεσίας Προστασίας Ανηλίκων από τον Καπνό και Αλκοόλ του άρθρου 5 παράγραφος 1, εντός έξι (6) μηνών από

την έναρξη ισχύος του νόμου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή, από την αρμόδια διεύθυνση του οικείου δήμου, της άδειας διαμόρφωσης και λειτουργίας χώρου καπνίζόντων, καθώς και την ανάκλησή της.

Ειδικά τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος εμβαδού έως 70 τ.μ., της περίπτωσης β' της παραγράφου 1, χαρακτηρίζονται με απόφαση του ιδιοκτήτη τους, που θα ενσωματώνεται στην άδεια λειτουργίας τους, ως καταστήματα αποκλειστικά για καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες. Με νεότερη αίτηση του ιδιοκτήτη, δύναται να τροποποιηθεί, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, ο χαρακτηρισμός αυτός.⁷⁸

10.3 Ο ρόλος του ιατρού και νοσηλευτή στην πρόληψη του καπνίσματος

Η πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Η πρόληψη είναι σημαντικότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία.

Αποσκοπεί στην αποτροπή από τον αρχικό πειραματισμό με το κάπνισμα αλλά ακόμη και εάν το άτομο έχει ήδη δοκιμάσει, η έγκαιρη προληπτική παρέμβαση μπορεί να αναστείλει την εδραίωση της συνήθειας.⁵⁵

Οι ιατροί και νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα με τη συνεργασία της Πολιτείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης να παρεμβαίνουν προληπτικά στα σχολεία, στους χώρους εργασίας και τις κοινότητες, ώστε να ενημερώνουν σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες αρνητικές επιδράσεις της χρήσης του καπνού. Εκτός από τους γιατρούς και νοσηλευτές κι άλλοι υπεύθυνοι κρατικοί φορείς όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης πρέπει να προωθούν στρατηγικές καταπολέμησης του

τσιγάρου.

Το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο έχει επινοήσει πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος και την πρόληψη της ενάρξεως σε παιδιά και εφήβους. Έχει τονίσει 5 κλινικές δραστηριότητες για την αποφυγή του τσιγάρου κατά την παιδική και εφηβική ηλικία :

- 1) Αναμένετε (Anticipate) τον κίνδυνο χρήσης καπνού σε κάθε στάδιο παιδικής και εφηβικής ανάπτυξης.**
- 2) Ρωτάτε (Ask) σχετικά με την έκθεση στον καπνό και τη χρήση καπνού σε κάθε επίσκεψη.**
- 3) Συμβουλευέτε (Advise) όλους τους γονείς που καπνίζουν να κόψουν το τσιγάρο, παιδιά και εφήβους να μην το δοκιμάσουν.**
- 4) Βοηθάτε (Assist) τα παιδιά και τους εφήβους να αντιστέκονται στη χρήση καπνού και βοηθάτε τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα,**
- 5) Ρυθμίζετε (Arrange) επισκέψεις παρακολούθησης ανάλογα με τις ανάγκες.⁷⁹**

Τα σχολεία είναι το ιδανικό περιβάλλον στο οποίο μπορούν να ενσωματωθούν προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις συμβουλεύουν τα παιδιά σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις της χρήσης καπνού, συμπεριλαμβανομένης της άσχημης μυρωδιάς στα μαλλιά και στα ενδύματα, των λεκιασμένων χεριών και δοντιών, της δύσοσμης αναπνοής, της περιορισμένης ζωτικότητας, των μειωμένων πνευματικών, σωματικών και αθλητικών επιδόσεων και τέλος του αναπόφευκτου εθισμού.

Η παρουσία συστηματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία για αγωγή της υγείας, προτείνει τα παρακάτω :

- 1) Ιατροί και νοσηλεύτες, εκπαιδευτικοί και γονείς πρέπει να συνεργαστούν με στόχο την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος στα σχολεία.
- 2) Να υπάρχουν ειδικά συμβουλευτικά προγράμματα για την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και την ενίσχυση του χαρακτήρα των παιδιών για να αντιστέκονται στις προκλήσεις (τσιγάρο, αλκοόλ, ναρκωτικά).
- 3) Να επιδιώκεται η ενθάρρυνση των παιδιών για συμμετοχή τους σε κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες που προσφέρουν ψυχαγωγία.
- 4) Να υπάρχει ειδική συμμετοχή εκπαιδευτικών και μαθητών σε αντικαπνιστικά προγράμματα.
- 5) Το παράδειγμα των εκπαιδευτικών που δεν καπνίζουν να είναι καταλυτικό για τον τρόπο ζωής των μαθητών τους. Ακόμη, οι νοσηλεύτες και οι γιατροί υποχρεώνονται να εντείνουν την εκστρατεία τους για την εξάλειψη των διαφημίσεων του τσιγάρου που στοχεύουν να επηρεάσουν τους νέους ανθρώπους να αρχίσουν το κάπνισμα. Επίσης, πρέπει να ασκήσουν πίεση στην κυβέρνηση να επιβάλλει νομοθετικές στρατηγικές, όπως απαγόρευση πωλήσεως τσιγάρων σε άτομα κάτω των 18 ετών και επιβολή χρηματικού προστίμου σε όσους καπνίζουν σε κλειστούς δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους.⁵⁶

10.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχετικά με το κάπνισμα

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ασχολείται με τις ανάγκες υγείας των ατομών, ομάδων, οικογενειών και κοινοτήτων που βρίσκονται στο

συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο και ο εργασιακός χώρος. Πρέπει να διαθέτει γνώσεις νοσηλευτικής αλλά και γνώσεις από άλλες επιστήμες στον χώρο της υγείας.

Γενικότερα , τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής για να εργαστεί αποτελεσματικά στην κοινότητα είναι:

- Βασικές γνώσεις νοσηλευτικής
- Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια
- Καθαρή αντίληψη του αντικείμενου της κοινοτικής νοσηλευτικής
- Ικανότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας (αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή, εκτίμηση)
- Γνώση των πηγών και των μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα
- Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους
- Πλήρη ενημέρωση των νέων ερευνών για εμβόλια και αλλά σημαντικά θέματα υγείας .⁷⁹

Ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει έμμεση σχέση με την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με το κάπνισμα και μπορεί να βοηθήσει στην διακοπή του καπνίσματος με τους εξής τρόπους :

Με την οργάνωση ομιλιών στα σχολεία, που θα παρέχονται πλήρους ενημερώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος. Τα παιδιά συνήθως αρχίζουν να καπνίζουν είτε για να δείξουν ότι μεγάλωσαν και θέλουν οι άλλοι να τα θαυμάζουν είτε επειδή το θεωρούν φυσιολογικό βλέποντας τους γονείς τους να καπνίζουν .Οι λόγοι αυτοί είναι λανθασμένοι και ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να τους ανατρέψει χρησιμοποιώντας τις γνώσεις του και φέρνοντας παραδείγματα κατανοητά που να ανταποκρίνονται στο επίπεδο της ηλικίας τους.

Με την διανομή ενημερωτικών έντυπων σε συνεργασία με την αρμόδια κοινοτική αρχή για ενημέρωση του πληθυσμού. Τα έντυπα πρέπει να περιέχουν αναλυτικά όλες τις πληροφορίες που αφορούν το κάπνισμα ,τις επιπτώσεις που θα επιφέρει στους και καπνιστές και τους παθητικούς καπνιστές και τους τρόπους διακοπής του.

Τέλος, ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να είναι στη διαθέσει του κοινού για να απαντήσει στα ερωτήματα τους και να διαθέτει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για να απαντήσει σ' αυτές.⁷⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

11.1 Επαφή με τον καπνιστή

Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό του τσιγάρου είναι η επαφή με τον καπνιστή, η οποία όχι μόνο ανοίγει τον δρόμο για μια προσέγγιση με στόχο την επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος αλλά και για μια πιο κατάλληλη, προσαρμοσμένη ξεχωριστά για κάθε ασθενή, αγωγή, λαμβάνοντας κυρίως υπ' όψιν την ίδια του την θέληση να διακόψει το κάπνισμα. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στις χώρες που έχουν εμπειρία από το θεσμό του Οικογενειακού ιατρού είναι αποδεδειγμένο ότι η απλή συμβουλή του ιατρού προς τον ασθενή αποτελεί βασικό κίνητρο για μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος⁴¹.

11.2 Σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση

Μία σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να γίνει από κάθε κλινικό γιατρό, αλλά είναι πολύ σημαντικό αυτό να γίνεται από τον Οικογενειακό γιατρό ο οποίος χειρίζεται μεγάλο αριθμό ασθενών και έρχεται αντιμέτωπος με ολόκληρη την οικογένεια. Αποτελέσματα αναλύσεων αναφέρουν ότι ένας μεγάλος αριθμός κλινικών γιατρών θα μπορούσε να εφαρμόσει αυτές τις μεθόδους, διαθέτοντας 3 λεπτά για κάθε ασθενή, φθάνοντας έτσι σε ικανοποιητικά ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού όπως νέους, ηλικιωμένους, εγκύους καθώς και σε εθνικές μειονότητες. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί και στην ορθολογική χορήγηση φαρμακοθεραπείας (καπνιστές με αντενδείξεις χορήγησης φαρμακοθεραπείας, όπως καπνιστές κάτω των 10 τσιγάρων την ημέρα, στους οποίους η χορήγηση υποκατάστατων νικοτίνης δεν έχει ένδειξη).

Είναι σημαντικό κάθε καπνιστής να γνωρίζει ότι θα τύχει της απαιτούμενης προσοχής και ότι ο γιατρός του θα του αφιερώσει 3 λεπτά σε κάθε επίσκεψη.⁶⁷

Οι ασθενείς στους οποίους μπορούν να ακολουθούνται σύντομες παρεμβάσεις διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα
- 2) Καπνιστές που δε θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα
- 3) Πρώην καπνιστές που πρόσφατα διέκοψαν το κάπνισμα Για άτομα τρίτης ηλικίας που δεν έχουν ποτέ καπνίσει δεν χρειάζεται καμία παρέμβαση.

11.2.1 Για τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα

Τα 5 κύρια βήματα παρέμβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) σύμφωνα με τη Συμφωνία του Αμερικάνικου Συστήματος Δημόσιας Υγείας (Consensus Statement A US Public Health Service Report) είναι :

- **Ρωτάμε τον ασθενή αν καπνίζει (Ask).** Θα πρέπει να συμπεριλάβουμε σαν ερώτηση ρουτίνας, τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και την ερώτηση σχετικά με το κάπνισμα.
- **Συμβουλευόμαστε τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα (Advice).** Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σαφής και επιτακτικός με τον καπνιστή, όσον αφορά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Θα πρέπει να υπενθυμίζεται στον καπνιστή ότι όλο το νοσηλευτικό προσωπικό είναι έτοιμο να τον βοηθήσουν για τη διακοπή του καπνίσματος. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια σύνδεσης του καπνίσματος με την παρούσα νόσο, το παθητικό κάπνισμα των παιδιών και το οικονομικό κόστος.
- **Εκτιμούμε τη θέληση του να διακόψει το κάπνισμα (Assess).** Εκτιμούμε την προθυμία του κάθε ασθενή ξεχωριστά να διακόψει

το κάπνισμα. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή για την περίοδο και τον τρόπο για τον οποίο έχει επιλέξει να διακόψει το κάπνισμα. Παρέχουμε συμπληρωματική πληροφόρηση σε περίπτωση που πρόκειται για έγκυο.

- **Παρέχουμε στήριξη σε όποιον θέλει να διακόψει το κάπνισμα (Assist).**

Σε συνεννόηση με τον ασθενή ορίζεται μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Ενημερώνονται η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοι του ασθενούς για την προσπάθεια. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναμένει προβλήματα κατά τη διάρκεια της προσπάθειας όπως συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη, φόβους για αύξηση βάρους. Θα πρέπει να συστήνεται η αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της προσπάθειας, καθότι υποστηρίζεται ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Συστήνεται με την καθοδήγηση γιατρού, η χορήγηση κάποιων φαρμακευτικών σκευασμάτων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά, όπως υποκατάστατα νικοτίνης (τσίχλες νικοτίνης, δερματικά αυτοκόλλητα), βουπροπιόνη HCL.

- **Παρακολουθούμε και προγραμματίζουμε επόμενες συναντήσεις με στόχο την αποφυγή υποτροπής (Arrange).** Σχεδιάζεται η παρακολούθηση του ασθενούς σύμφωνα με την κρίση του νοσηλευτή. Η παρακολούθηση μπορεί να γίνει είτε στο νοσοκομείο είτε τηλεφωνικά. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συγχαίρει την επιτυχή προσπάθεια, ενώ σε περίπτωση υποτροπής θα πρέπει να στηρίξει ψυχολογικά τον καπνιστή, να του υπενθυμίσει ότι η αποτυχία χρησιμεύει σαν διδακτική εμπειρία και να τον ενθαρρύνει σε μια επόμενη προσπάθεια.⁷⁸

Αναλυτικά αναφέρονται παρακάτω:

Τρόπος δράσης

Βήμα 1. (Ask)

Ø Εφαρμογή ενός συστήματος καταγραφής για κάθε ασθενή της συνήθειας του καπνίσματος.

Στρατηγικές εφαρμογής

Συμπεριλάβετε στα ζωτικά σημεία και την ερώτηση για τη χρήση καπνού σε κάθε επίσκεψη ρουτίνας.

Ζωτικά σημεία: Α.Π: Σφίξεις:..... Βάρος:..... Θερμοκρασία:...
Αναπνοές/min... Καπνιστής: Ναι... Όχι... Πρώην...

Στο θάλαμο νοσηλείας μπορούν να τοποθετηθούν αυτοκόλλητα σε όλα τα θερμομετρικά διαγράμματα που να μαρτυρούν τις καπνιστικές συνήθειες του ασθενούς.⁸⁰

Τρόπος δράσης

Βήμα 2. (Advise)

Ø Συστάσεις σε κάθε καπνιστή για διακοπή του καπνίσματος.

Στρατηγικές εφαρμογής

Συμβουλέψτε:

- Με σαφήνεια: ``Πιστεύω ότι είναι σημαντικό για σας να διακόψετε το κάπνισμα και μπορώ να σας βοηθήσω. Η διακοπή του καπνίσματος μόνο κατά την περίοδο της ασθένειάς σας δεν επαρκεί``.
- Επιτακτικά: ``Σαν θεράπων ιατρός σας, σας επισημαίνω ότι η

διακοπή του καπνίσματος είναι το πιο σημαντικό βήμα για να προστατέψετε την υγεία σας τώρα και στο μέλλον. Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, του Κέντρου Υγείας, θα σας βοηθήσουν''.

- Εξατομικευμένο: Συνδέστε την κατανάλωση καπνού με την παρούσα ασθένεια, το οικονομικό κόστος, τη διάθεση του ασθενούς να διακόψει το κάπνισμα και τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά ή στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.⁸⁰

Τρόπος δράσης

Βήμα 3. (Assess)

Ø Εκτιμήστε την προθυμία του κάθε ασθενή ξεχωριστά να διακόψει το κάπνισμα.

Στρατηγικές εφαρμογής

- Αν ο ασθενής είναι διαθέσιμος να επιχειρήσει διακοπή του καπνίσματος αυτό το χρονικό διάστημα προσφέρεται βοήθεια.
- Αν ο ασθενής επιθυμεί μια εντατική θεραπεία χορηγήστε αυτή τη θεραπεία αν ενδείκνυται ή συστήστε μια εντατική παρέμβαση.
- Αν ο ασθενής διατυπώσει σαφώς την απροθυμία να επιχειρήσει τη διακοπή του καπνίσματος, ενθαρρύνετε τον.
- Αν ο ασθενής είναι μέλος ειδικής ομάδας του πληθυσμού (έφηβος, έγκυος, μειονότητα), παρέχεται συμπληρωματική πληροφόρηση.⁸⁰

Τρόπος δράσης

Βήμα 4. (Assist)

Ø Υποστηρίξτε τον ασθενή στην προσπάθειά του, ενημερώνοντας, συστήνοντας στον ίδιο και παρέχοντας του πρακτικές συμβουλές.

Στρατηγικές εφαρμογής

Ο ασθενής θα πρέπει να προετοιμαστεί στα εξής:

- § Να οριστεί μια ημερομηνία διακοπής (ιδανική εντός 2 εβδομάδων).
- § Να ενημερωθούν οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι για την προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα και να ζητήσει κατανόηση και υποστήριξη.
- § Να αναμένει προβλήματα κατά τη διάρκεια της προσπάθειας, ιδιαίτερα κατά τις κρίσιμες πρώτες εβδομάδες, όπως συμπτώματα στέρησης νικοτίνης.
- § Να απομακρύνει προϊόντα που περιέχουν καπνό από το περιβάλλον του. Να αποφεύγει να βρίσκεται σε χώρους όπου καπνίζουν. Να ζητήσει να μην καπνίζουν σε χώρους που είναι υποχρεωμένος να παραμένει (εργασία, οικία, αυτοκίνητο).
- § Απαραίτητη η πλήρης αποχή.
- § Εμπειρία από προηγούμενες απόπειρες διακοπής (τι βοήθησε και τι διέκοψε την προσπάθεια).
- § Ο ασθενής να αναμένει παλινδρομήσεις (πειρασμούς).
- § Αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της προσπάθειας (το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει υποτροπή). Στην Ελλάδα ένας σημαντικός παράγοντας υποτροπής είναι ο καφές.
- § Άλλοι καπνιστές στην οικογένεια. Η διακοπή είναι πιο δύσκολη όταν υπάρχουν κι άλλοι καπνιστές στο σπίτι. Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνει τους συγκατοίκους να διακόψουν το κάπνισμα μαζί του ή να μην καπνίζουν παρουσία του.
- § Παροχή κοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια θεραπείας.
- § Παροχή ενός υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος που να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Π.χ Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό είμαστε

πρόθυμοι να σας βοηθήσουμε''.

- § Βοηθήστε τον ασθενή να αποκτήσει υποστήριξη και εκτός θεραπείας.
- § Βοηθείστε τον ασθενή να αναπτύξει κοινωνική υποστήριξη για την προσπάθειά του στο περιβάλλον του και εκτός θεραπείας (σύντροφος, σύζυγος, φίλοι, συνάδελφοι).
- § Πρόταση για έναρξη κάποιας εγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής.
- § Συστήστε την χρήση κάποιων σκευασμάτων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά. Εξηγήστε πώς αυτή η αγωγή ενισχύει την επιτυχία και ελαττώνει τα στερητικά σύνδρομα. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει: υποκατάστατα νικοτίνης όπως: μαστίχα, εισπνεύσιμη νικοτίνη, νικοτίνη σε nasal spray, δερματικά αυτοκόλλητα και η βουπροπιόνη HCL.⁸⁰

Τρόπος δράσης

Βήμα 5. (Arrange)

Ø Σχεδιάστε την παρακολούθηση (follow up) είτε με παρακολούθηση στο ιατρείο ή τηλεφωνικώς.

Μια συνάντηση θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά την πρώτη εβδομάδα και μετά κατά τον πρώτο μήνα. Προγραμματίστε περαιτέρω συναντήσεις κατά την κρίση σας. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων συγχαρείτε την επιτυχία. Αν ο ασθενής σας ενέδωσε, αναθεωρήστε τις συνθήκες και εξασφαλίστε ανανέωση της δέσμευσης για αποχή εξ' ολοκλήρου. Υπενθυμίστε στον ασθενή ότι η υποτροπή μπορεί να χρησιμέψει σαν διδακτική εμπειρία. Αναγνωρίστε προβλήματα που ήδη αντιμετωπίστηκαν και ετοιμάστε τον ασθενή σας να αναμένει νέες προκλήσεις στο άμεσο μέλλον. Εξετάστε το ενδεχόμενο προσφυγής ή αναφοράς σε πιο εντατική θεραπεία.

Οι στρατηγικές αυτές είναι σχεδιασμένες να διαρκέσουν 3 λεπτά για κάθε ασθενή ή και λιγότερο ακόμα από το χρόνο του κλινικού ιατρού. Τα επίσημα όργανα (Υπουργείο Υγείας) που ενδεχομένως θεσπίσουν έναν αντικαπνιστικό αγώνα στη χώρα μας θα πρέπει να υποστηρίξουν την υιοθέτηση αυτών των στρατηγικών.⁸⁰

11.2.2 Για τους καπνιστές οι οποίοι δεν θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα

Για αυτούς τους ασθενείς-καπνιστές η παρέμβαση του γιατρού θα ξεκινήσει απαριθμώντας τους λόγους για τους οποίους θα πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα.

Ο γιατρός και ο νοσηλευτής μπορούν να τους ενημερώσουν για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία καθώς και τις επιπτώσεις στην οικονομία του καπνιστή. Ίσως κάποιοι από τους καπνιστές να έχουν κάποιους φόβους ή ανησυχίες σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος ή να έχουν χάσει την αυτοπεποίθησή τους από μια πρόσφατη αποτυχημένη προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς αυτοί απαντούν σε μία παρέμβαση από πλευράς του γιατρού και του νοσηλευτή με σκοπό να δώσουν κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος σχεδιασμένη να εκπαιδεύσει και παρακινήσει τον καπνιστή σε μια καινούρια προσπάθεια.³⁶

Κίνητρα και ενθάρρυνση για διακοπή του καπνίσματος Τα 5 βήματα (R) για τους καπνιστές που δεν θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα:

1. Συσχέτιση (Relevance) Ενθαρρύνετε τον ασθενή επισημαίνοντάς του ότι η διακοπή του καπνίσματος **συσχετίζεται** με τον ίδιο λόγω της πάθησής του. Η πληροφόρηση που κινητοποιεί τον ασθενή έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο αν σχετίζεται με την πάθηση του ασθενούς, την

οικογενειακή και κοινωνική του κατάσταση (π.χ ύπαρξη παιδιών στο σπίτι, ανησυχίες για την υγεία τους).⁸⁶

2. Κίνδυνοι (Risks) Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να αναγνωρίσει αρνητικές συνέπειες από την κατανάλωση του καπνού. Επίσης θα πρέπει να δώσει έμφαση στο γεγονός ότι το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα νικοτίνης και πίσσας ή η κατανάλωση άλλων μορφών καπνού δεν θα εξαλείψει τους παρακάτω κινδύνους:

- **Άμεσοι κίνδυνοι:** δύσπνοια, επιδείνωση βρογχικού άσθματος, βλαπτικές επιδράσεις στην εγκυμονούσα και το έμβρυο, σεξουαλική ανικανότητα, στειρότητα, αύξηση επιπέδων CO στο αίμα.
- **Όψιοι κίνδυνοι:** έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος (λάρυγγα, φάρυγγα, οισοφάγου, στοματικής κοιλότητας, παγκρέατος, ουροδόχου κύστεως, τραχήλου μήτρας), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
- **Κίνδυνοι για το περιβάλλον:** αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου, καρδιαγγειακών επεισοδίων στον ή στην σύζυγο, υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε παιδιά καπνιστών, αυξημένος κίνδυνος γέννησης λιποβαρών νεογνών, σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου νεογνών, νόσος μέσου ωτός, άσθμα, λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά και ενήλικες.⁴³

3. Επιβραβεύσεις (Rewards) Ο γιατρός θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να του δείξει πιθανά οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος. Να **επιβραβεύσει** τον ασθενή και να του προτείνει να υπογραμμίσει εκείνα που σχετίζονται άμεσα με τον συγκεκριμένο ασθενή, όπως βελτίωση της κατάστασης της υγείας, της γεύσης, της όσφρησης, οικονομία, καλύτερη

ψυχολογία, πιο υγιεινό περιβάλλον στο σπίτι και στο αυτοκίνητο, καλό παράδειγμα για τα παιδιά, βελτίωση επιδόσεων στις σωματικές δραστηριότητες, καθυστέρηση της γήρανσης του δέρματος.⁴³

4. Επιβραβεύσεις (Rewards) Ο γιατρός θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να επισημάνει τα **εμπόδια** κατά την διαδικασία διακοπής του καπνίσματος και να σημειώσει μεθόδους επίλυσης των προβλημάτων που προέκυψαν όπως φόβοι αποτυχίας, αύξηση βάρους, έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, κατάθλιψη, ευχαρίστηση από το κάπνισμα.⁴³

5. Επανάληψη (Repetition) Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να **επαναλαμβάνεται** κάθε φορά που ο ασθενής με έλλειψη θέλησης επισκέπτεται το ιατρείο. Στους καπνιστές που απέτυχαν σε προηγούμενες προσπάθειες θα πρέπει να αναφέρεται ότι οι περισσότεροι μπορούν να επιχειρήσουν επανειλημμένα μέχρι να πετύχουν την προσπάθειά τους.⁴³

11.2.3 Για τους καπνιστές που έχουν πρόσφατα διακόψει το κάπνισμα

Για τους ασθενείς αυτούς πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν την χρονιότητα της νόσου και τη δυνατότητα υποτροπής. Η παρέμβαση για πρόληψη υποτροπών πρέπει να ξεκινήσει αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Υποτροπή μπορεί να παρατηρηθεί μετά από μερικούς μήνες ή ακόμα και μερικά χρόνια μετά από την ημέρα διακοπής του καπνίσματος.

Οι παρεμβάσεις για πρόληψη υποτροπής είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ξεκινούν αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος και μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε σε επίπεδο τακτικών επισκέψεων στο ιατρείο είτε τηλεφωνικώς ή και σε κάθε επαφή του γιατρού με τον πρώην καπνιστή. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να διακριθούν σε 2 κατηγορίες: μία πρώτη προσπάθεια πρόληψης υποτροπών που να απευθύνεται σε όλους

γενικά τους πρώην καπνιστές που πρόσφατα διέκοψαν το κάπνισμα και μία πιο εντατικοποιημένη προσπάθεια ειδικά για καπνιστές που δυσκολεύονται να διατηρήσουν την επιμονή τους στην αποχή από τον καπνό του τσιγάρου.⁴²

Έτσι λοιπόν, ένας καπνιστής που πρόσφατα διέκοψε το κάπνισμα και ο οποίος αποφεύγει την υποτροπή θα πρέπει να δέχεται συγχαρητήρια για κάθε του επιτυχία και ισχυρή ενθάρρυνση ώστε να συνεχίζει την αποχή. Σε κάθε συνάντηση θα πρέπει να τίθενται στον πρώην καπνιστή ερωτήσεις στις οποίες θα καλείται ο ίδιος να απαντήσει συμμετέχοντας ταυτόχρονα στη διαδικασία του προβλήματος (π.χ Με ποιόν τρόπο καταφέρατε να διακόψετε το κάπνισμα;). Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη συζήτηση σχετικά με τα παρακάτω θέματα: -Τη βελτίωση της υγείας του αλλά και τα πλεονεκτήματα γενικά που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος. -Οποιαδήποτε επιτυχία του ασθενούς στη διάρκεια διακοπής (διάρκεια αποχής, περιορισμός συμπτωμάτων στέρησης). Τα προβλήματα ή οι δυσχέρειες που αντιμετωπίστηκαν από τον καπνιστή ώστε να διατηρηθεί η αποχή (αύξηση βάρους, κατάθλιψη, καπνιστές στο χώρο εργασίας ή στην οικογένεια).⁴²

Παρακάτω τίθενται μερικά από τα προβλήματα που ενδεχόμενα θα κληθεί να απαντήσει ο κλινικός ιατρός κατά την παρακολούθηση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος:

Ø Έλλειψη υποστήριξης

- Προγραμματισμένες τηλεφωνικές επαφές με τον ασθενή.
- Βοηθήστε τον ασθενή να ανακαλύψει πηγές υποστήριξης από το περιβάλλον του.
- Παραπέμψτε τον ασθενή σε ειδικό ψυχολόγο ή κάποιον κατάλληλο οργανισμό για περαιτέρω ειδική συμβουλευτική υποστήριξη.

Ø Αρνητική διάθεση, κατάθλιψη

Αν κρίνεται αναγκαίο χορηγήστε φάρμακο ή παραπέμψτε σε ειδικό.

Ø Έντονα συμπτώματα στέρησης

Στην περίπτωση αυτή σκεφτείτε την χρήση εγκεκριμένων φαρμακοθεραπειών.

Ø Αύξηση βάρους

Συστήστε έναρξη ή αύξηση φυσικής δραστηριότητας. Συστήστε αυστηρή διαίτα. -Δώστε έμφαση στην υγιεινή διατροφή. -Διατηρήστε τον ασθενή σε αγωγή που καθυστερεί την αύξηση βάρους (π.χ μαστίχα νικοτίνης, βουπροπιόνη) -Παραπομπή σε ειδικό ιατρό ή πρόγραμμα αν χρειαστεί. Ελαττωμένη θέληση, αίσθηση απογοήτευσης -Καθησυχάστε τον ασθενή λέγοντάς του ότι αυτά τα συμπτώματα είναι συνήθη.

11.3 Πιο εντατικές παρεμβάσεις από τον κλινικό ιατρό

Μια πιο εντατική προσπάθεια απεξάρτησης από τον καπνό του τσιγάρου μπορεί να γίνει από κάθε κλινικό γιατρό. Αυτές οι προσπάθειες συνίστανται σε συνεχείς συναντήσεις του καπνιστή με τον γιατρό του, σε συνεχή και εντατική ενημέρωση και υπενθύμιση των συνεπειών του καπνίσματος, στην προαιρετική χρήση φαρμάκων (υποκατάστατα νικοτίνης, χορήγηση βουπροπιόνης), σε θεραπεία συμπεριφοράς, ατομικά ή ομαδικά. Είναι αποδεδειγμένο ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις φέρνουν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας αλλά και με μεγαλύτερο κόστος από τις λιγότερο εντατικές προσπάθειες. Πάντως, από μελέτες φαίνεται ότι αυτές οι μέθοδοι είναι κατάλληλες για κάθε καπνιστή που έχει πειστεί να διακόψει το κάπνισμα και δέχεται να ακολουθήσει τέτοιες μεθόδους, αντίθετα δεν έφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα στους βαριά εξαρτημένους καπνιστές⁴³

11.4 Εμβόλιο εναντίον του καπνίσματος

Μήπως έφτασε η εποχή που οι άνθρωποι θα μπορούν να απαλλάσσονται από την εξαιρετικά βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος με τη βοήθεια ενός εμβολίου;

Η απάντηση είναι ότι πιθανόν ναι. Πράγματι ένα εμβόλιο που στόχο έχει τη νικοτίνη, δοκιμάζεται τώρα στους ανθρώπους και φαίνεται ότι είναι ασφαλές, χωρίς σημαντικές παρενέργειες και ικανό να προκαλεί τη διακοπή του καπνίσματος. Το εμβόλιο κατά της νικοτίνης ονομάζεται NicVax. Μετά τη χορήγηση του, προκαλεί τη δημιουργία αντισωμάτων εναντίον της νικοτίνης. Τα αντισώματα αυτά δεσμεύουν τη νικοτίνη και δεν της επιτρέπουν να εισέρχεται στον εγκέφαλο. Οι γιατροί από το πανεπιστήμιο της Μινεσότα δοκίμασαν την ασφάλεια του εμβολίου σε καπνιστές. Ενώ ο στόχος τους ήταν να δουν πόσο καλά ανέχονταν οι καπνιστές το εμβόλιο, εάν υπήρχαν σοβαρά προβλήματα ή παρενέργειες λόγω χορήγησής του, αντελήφθησαν ότι προκαλούσε τη διακοπή του καπνίσματος.⁷⁹

Χορήγησαν στους 68 καπνιστές με τυχαιοποιημένο τρόπο, μια από 3 διαφορετικές δόσεις του εμβολίου κατά της νικοτίνης ή ένα εικονικό εμβόλιο. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 38 εβδομάδες. Παρά το γεγονός ότι η έρευνα δεν σχεδιάστηκε για να δείξει την αποτελεσματικότητα ή όχι του εμβολίου, εντούτοις σε 38% από τους καπνιστές που έλαβαν την υψηλότερη δόση του εμβολίου, παρατηρήθηκε διακοπή του καπνίσματος για 30 ημέρες.⁶⁸

Το αποτέλεσμα αυτό ήταν εντυπωσιακό και αναπάντεχο, δεδομένου ότι για να λάβουν μέρος στην έρευνα οι καπνιστές έπρεπε να δηλώσουν εκ των προτέρων ότι δεν είχαν καμία πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα στους 6 μήνες που θα ακολουθούσαν την έναρξη της έρευνας με το εμβόλιο κατά της νικοτίνης. Το εμβόλιο δοκιμάστηκε σε

ανθρώπους μετά από δοκιμές σε ζώα. Τα αντισώματα κατά της νικοτίνης που δημιουργούσε το εμβόλιο σε αρουραίους, μείωναν τη συγκέντρωση της νικοτίνης στον εγκέφαλο των ζώων. Παράλληλα, οι αρουραίοι που είχαν εμβολιασθεί μείωναν την πρόσληψη τους σε νικοτίνη.

Τα ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα στα πειραματόζωα, οδήγησαν στη δοκιμή του εμβολίου κατά του καπνίσματος και στους ανθρώπους. Οι συχνότερες παρενέργειες που παρατηρήθηκαν ήταν πόνος και ευαισθησία στην περιοχή του βραχίονα όπου χορηγήθηκε το εμβόλιο. Επίσης, σε μερικούς παρατηρήθηκε πονοκέφαλος και μυϊκοί πόνοι οι οποίοι υποχώρησαν σε μερικές μέρες. Είναι σημαντικό ότι δεν παρατηρήθηκαν σημεία στέρησης σε αυτούς που σταμάτησαν το κάπνισμα λόγω εμβολίου αλλά ούτε και αλλαγές στις λειτουργίες του εγκεφάλου λόγω χορήγησης του εμβολίου.⁴⁷

Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να βρεθεί η ορθή δόση για το εμβόλιο με την οποία επιτυγχάνεται το ψηλότερο δυνατό ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. Προς το παρόν τα στοιχεία δείχνουν ότι το εμβόλιο είναι ασφαλές, δεν επηρεάζει τον εγκέφαλο και οι καπνιστές το ανέχονται καλά.

Επίσης, ένα νέο χάπι υπόσχεται να σας βοηθήσει να απαλλαγείτε από το τσιγάρο. Πρόκειται για το Champix, που περιέχει βαρενικλίνη, μια ουσία που έχει παρόμοια δράση στον εγκέφαλο με αυτήν της νικοτίνης. Η βαρενικλίνη δρα καλύπτοντας την ανάγκη μας για νικοτίνη και μας ανακουφίζει από τα συμπτώματα στέρησης. Χορηγείται με ιατρική συνταγή και η θεραπεία διαρκεί περίπου 12 εβδομάδες. Κοστίζει 33 ευρώ (τα 25 χάπια) και καλύπτεται από τα ταμεία.⁶⁶

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το πρόβλημα του καπνίσματος στην Ελλάδα είναι βασικό και η ευθύνη είναι όλων μας. Το μεγαλύτερο όμως μερίδιο αντιστοιχεί στον ιατρό, τον νοσηλευτή και κάθε λειτουργό Υγείας, ο οποίος είναι υπεύθυνος για το κομμάτι της Ιατρικής που λέγεται πρόληψη και πρέπει να λάβει τις ευθύνες του απέναντι στους ασθενείς ευαισθητοποιώντας τους υπεύθυνους φορείς (υπουργείο Υγείας, υπουργείο Παιδείας) ώστε να βρεθούν οι απαραίτητοι πόροι για μια αλλαγή της πολιτικής της Υγείας δίνοντας το πρότυπο του μη καπνιστή, ξεκινώντας από τις νεότερες ευαίσθητες ηλικίες.

Σίγουρα ο κάθε ιατρός δεν μπορεί να μείνει παρατηρητής σε αυτή την κατάσταση και να έχει μόνο το ρόλο του θεραπευτή. Κλειδί για την αντιμετώπιση του προβλήματος του καπνίσματος είναι η ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων των ιατρών, των νοσηλευτών και γενικότερα των λειτουργών Υγείας αλλά και η αλλαγή της συμπεριφοράς των ιδίων απέναντι στη συνήθεια του καπνίσματος. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε διαφαίνεται ότι ο ιατρός σε λίγες περιπτώσεις συνιστά στον ασθενή-καπνιστή τη διακοπή του καπνίσματος όταν αυτή ευθύνεται ή επιβαρύνει συγκεκριμένη ασθένεια. Πολλές είναι οι φορές που ο ίδιος ο ιατρός καπνίζει και μάλιστα μπροστά στον ασθενή του δίνοντας έτσι το μήνυμα ότι «η συνήθεια του καπνίσματος δεν είναι τόσο επικίνδυνη όσο πιστεύεται...».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ντάβου Μπ., Το κάπνισμα στην Εφηβεία : Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της σχέσης του εφήβου με το κάπνισμα, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1992
2. Σεφέρου Μ., Η Κραυγή Ναρκωτικά : Αρρώστια ή επιλογή;, εκδ. Ευρώτας, Αθήνα 1997
3. Γιαννόπουλος Δ.Ν., Αχαϊκή Ιατρική : 5^ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, εκδ. Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα 2002
4. Condon J., Το κάπνισμα, εκδ. Κέδρος, 1990
5. Τριχοπούλου Αντ., Τριχόπουλος Δ., Καλαντίδη Αν., Προληπτική Ιατρική : Αγωγή Υγείας, Κοινωνική ιατρική, Δημόσια υγιεινή, εκδ. Παρισιάνος Γρ., Παρισιάνου Μ., Αθήνα 1986
6. Δετοράκης Ι., Σημειώσεις Υγιεινής ΙΙ, Σ.Ε.Υ.Π, Πάτρα 1999
7. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία : Ο ενήλικας και το περιβάλλον, εκδ. Δομική, 1988
8. Μπίλαλης Π.Γ., Κάπνισμα και Υγεία, εκδ. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1997
9. Μόσχου – Κάκκου Αθ., Νοσηλευτική Φροντίδα της Οικογένειας, Σ.Ε.Υ.Π, Πάτρα 1999
- 10.Γ. Α. Ρηγάτος, Η χρήση του καπνού στην Ελλάδα, Μια ιστορική προσέγγιση, Ιατρική 1988
- 11.Π. Γ. Παπανικολάου, Νοοτροπία και μέθοδοι δράσεως της σύγχρονης καπνοβιομηχανίας και αντιμετώπισή τους από την κοινωνία στην πράξη, Ιατρική 1988
- 12.Θ. Ι. Δρόσος, Κάπνισμα και Υγεία, Ιατρική 1988
- 13.Γ. Ρηγάτος και συν., Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες μεταξύ των γιατρών των Αθηνών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1985
- 14.Δ. Γιαννόπουλος, Σ. Βουλιώτη, Β. Κουμαρέλας και συν., Παθητικό κάπνισμα: Στάση και συμπεριφορά του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2001
- 15.Γ. Ν. Χριστοδούλου, Το κάπνισμα: Ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο, Ιατρική 1988
- 16.Α. Κοκκέβη, Κ. Στεφανής, Το κάπνισμα και η ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του, Ιατρική 1988
- 17.Χ. Φραγκίδης, Μ. Μαρσέλος, Κάπνισμα: Απλή συνήθεια ή Φαρμακευτική εξάρτηση;, Ιατρική 1988
- 18.Γ. Υφαντόπουλος, Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης και αντικαπνιστική πολιτική, Ιατρική, 1988
- 19.Μαρτούδη Σταύρου, Acupuncture for the cessation of smoking, Ιατρική, Κύπρος 1987

- 20.Μ. Παπαγρηγορίου – Θεοδώρου, Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα, Ιατρική, 1988
- 21.Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Ιατρικό Βήμα, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2001
- 22.Δρ. Π. Μπιλάλης, Εθισμός και Κάπνισμα, Ιατρικό Βήμα, Δεκέμβριος – Ιανουάριος 2003
- 23.Σμοκοβίτη Αθ., Επίδραση Ρύπανσης και Μόλυνσης του Περιβάλλοντος στο Έμβρυο, Θεσσαλονίκη 1985
- 24.Φυλακτού-Δήμου Ελ., Ίδρυμα Ερευνών για το παιδί, Τεύχος 9, Νοέμβριος 1985
- 25.Ποντίφηκας Γρ., Μάθετε για το Κάπνισμα: Η άγνοια σκοτώνει, εκδ. Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988
- 26.Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Τσιγάρο ή Υγεία; Διαλέξτε, Αθήνα 2004
- 27.Τούντας Γ., 30 Δις. οι συνέπειες του καπνίσματος, Εισήγηση, Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Μάιος 1986
- 28.Αβραμίδης Αθ., Κάπνισμα: Το άλλο νέφος μέσα μας, Εκδ. Ακρίτας, Αθήνα, Ιούλιος 1988
- 29.Ανατολι Γκεοργκιεβιτς Στοϊκα, Ο χρόνιος νικοτινισμός και η θεραπεία του, Αθήνα 1960
- 30.Ρηγάτος Γ., Η Ελληνίδα και το κάπνισμα, Εφημερίδα Ετήσιου Πανελληνίου Συνεδρίου Ιατρικής, Μάιος 1986
- 31.Βουλιώτη Στ., Αβουζουκλίδου Μ., Γιαννόπουλος Δ., Μιχάλης Δ., Δακορώνιας Ι., Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά και η σχέση τους με το κάπνισμα των γονέων, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- 32.Μια Ιστορική Προσέγγιση `` Ιατρική 54 (παράρτημα) 12 – 19, 1988
- 33.Βαλαβανίδης Α. Π. `` Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου `` Ιατρική 54 (παράρτημα) 20 - 27, 1988
- 34.Δόσιος Θ. Ι. `` Κάπνισμα Και Καρκίνος `` Ιατρική 54 (παράρτημα) 28 – 34, 1988
35. Ζαχαρούλης Α. `` Κάπνισμα Και Καρδιαγγειακές Παθήσεις `` Ιατρική 54 (παράρτημα) 41 - 44, 1988
36. Βελσεμές Μ. ``Παθητικό Κάπνισμα Και Υγεία`` Ιατρική 54 (παράρτημα) 44 - 48, 1988
37. Παπαγρηγορίου - Θεοδωρίδου Μ. `` Η Υγεία Του Παιδιού Και Του Παθητικό Κάπνισμα `` Ιατρική 54 (παράρτημα) 49 – 53, 1988
38. Αθανασούλη Θ. ``Η Επίδραση Του Καπνού Και Του Καπνίσματος Στη Στοματική Υγεία `` Ιατρική 54 (Παράρτημα) 54 – 57, 1988
39. Κατσούλη Ε. `` Κάπνισμα Και Αναισθησία `` Ιατρική 54 (Παράρτημα) 58 - 64, 1988

40. Κοκκέβη Α. Και Στεφανής Κ. "Το Κάπνισμα Και Οι Ψυχοκοινωνικοί Συντελεστές Του" Ιατρική 54 (Παράρτημα) 65 - 72, 1988
41. Μαρσέλος Μ. Και Φραγκίδης Χ. " Κάπνισμα : Απλή Συνήθεια Ή Φαρμακευτική Εξάρτηση; " Ιατρική 54 (Παράρτημα) 73 - 79, 1988
42. Μπιλάλης Π. " Πρόληψη Του Καπνίσματος : Αγωγή Υγείας Για Παιδιά Και Για Νέους " Παιδιατρικά Χρονικά 17,3 : 187 – 191, 1990
43. Acta Paed. 84 : 118 - 121 , 1995. " Επιδράσεις Καπνίσματος Στο Έμβρυο "
44. John B. West M.D, Ph D " Παθοφυσιολογία Των Νοσημάτων Του Πνεύμονα " Εκδόσεις Παρισιανός 1993
45. Τούτουζας Π. Και Μπουτούλας Χ. " Καρδιακές Παθήσεις " Εκδόσεις Παρισιανός 1992
46. Cecil Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, τόμος Α΄, Αθήνα, 1001 σελ. 271 – 273.
47. Σαχίνη - Καρδάση, Πάνου, Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Β΄ έκδοση, 1ος τόμος, Αθήνα, 2000 σελ. 294 - 296.
48. Χριστοφορίδης Α. Διαγνωστική Ακτινολογία, εκδόσεις Μάρκου 2000
49. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1989 σελ. 85, 87.
50. Αβραμίδης ΔΣ.(1980): *Βασικά στοιχεία δημόσιας υγιεινής*. Αθήνα, 1980:22, 25, 32
51. Αργυρό Πολυχρονοπούλου, Θεσσαλία Αθανασούλη. «Πώς να βοηθήσετε τους ασθενείς .να διακόψουντο κάπνισμα.» Αθήνα
52. Βαλαβανίδης Α. Π.(1998): «Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου» Ιατρική 54 (παράρτημα) 20 - 27, 1988
53. Πάνου Μαρία, Σαχίνη-Καρδάση Άννα. (1997): Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες. 1ος Τόμος, Δεύτερη Έκδοση. 1997. σελ. 273, 280
54. Παπαεμμανουήλ ΕΓ.(1978): *Θέματα δημόσιας υγιεινής*. 3η έκδοση. Αθήνα, 1978:108-109,115,129-131.
55. Τσαγρή-Καλογεροπούλου Ε.(1985): *Η κοινοτική νοσηλεύτρια στη σχολική υγιεινή*. Πρακτικά, ΙΒ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών, Αθήνα, 1985:58-59.
56. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. [www. document] URL <http://www.yperth.gr>, 20/6/2010.
57. Νόμος 2071/1992. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας*. ΦΕΚ 123 Α΄/ 15-7-1992
58. Η ιστορία του καπνίσματος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.sansimera.gr/archive/articles/smoking>. 16/7/2010

59. The science of Addiction: Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο www.nida.nih.gov/NIDAHome.html 26/7/2010
60. National Tobacco Information Online System. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο : [http:// apps.ncdd.cdc.gov/nations](http://apps.ncdd.cdc.gov/nations). 28/7/2010
61. American Cancer Society: Quitting Smoking. Prevention and Early Detection; Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.cancer.org/> 2/7/2010
62. World Bank. Tobacco control at a glance. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.worldbank.org/tobacco. 25/6/2010
63. «Η απώλεια μνήμης και το κάπνισμα», «Νοημοσύνη και κάπνισμα», «Κάπνισμα και τύφλωση». Διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο: http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id/ημ/νίες;, 4/6/2010,
64. Jearomei – Retrson R. Hodgson R. « Ο κύκλος της ζωής. Ναρκωτικά, τσιγάρα, αλκοόλ». Μετάφραση Μαράτου Σ.– Μαράτου Ο. Εκδόσεις «Ψυχογίος». Αθήνα 1981.
65. Αβραμιδη Α. «Κάπνισμα. Το άλλο νέφος μέσα μας». Τόμος Α. Εκδόσεις «Ακρίτα»- Αθήνα 1988.
66. Επιστήμη και Υγεία. Εφημερίδα «ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ». Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.Forthnet.gr/trrfee/apo. 31-5-2010.
67. Τσιγάρο τέλος. Νικόλαος Μπαχλιτζανακης Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.Forthnet.gr/hdu/abb 31-5-2010
68. Ποντιφικα Γ. «Μάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει». Εκδόσεις «Παρισιανός». Αθήνα 1988.
69. Τριχοπουλος Δ.– Τριχοπουλος Α. «Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις «Παρισιανού Γ.» Αθήνα 1988.
70. Desporoylos A – Silbernagis. «Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλας». Μετάφραση Κωστόπουλος Γ. Τόμος Γ. Αθήνα 1989.
71. Παπανικολαου Ν.– Παπανικολαου Α. «Μαιευτική». Επιστημονικές εκδόσεις «Παρισιανός Γ.» Τόμος Γ. Αθήνα 1994.
72. Αγωγή Υγείας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.mednet.gr/lopa/byt.jis . 5/7/2010.
73. Παπανικολαου Ν.– Παπανικολαου Α. «Γυναικολογία» Επιστημονικές εκδόσεις «Παρισιανός». Τόμος Γ. Αθήνα 1994.
74. Παιδί και τσιγάρο. Δρ.Μ. Μπουφانو. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

- <http://users.otenet.gr/ope.htg>. 15/7/2010
75. Αγωγή Υγείας. Π. Μπαοθεν – Συμκινς. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://users.otenet.gr/arrb.ole>. 30/7/2010.
76. Οργάνωση σεισίματος υγείας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://medlook.net/akiep/add>. 13/7/2010.
77. Συκακη – Δουκα «Ο τεκετός είναι αγάπη». Τόμος Γ. Εκδόσεις «Σμυριωτάκη». Αθήνα 1984.
78. Κάπνισμα και τύφλωση. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.docman.gr/Download/4033.aspx. 20/7/10
79. Henry – Cay Robert. «101 Συμβουλές για την εγκυμοσύνη». Μετάφραση Κάρος Κέντρου. Τόμος Α. Εκδόσεις «Φυτράκης». Αθήνα 1985.
80. Δραγωνα Θ. «Γέννηση. Η Γυναίκα μπροστά σε μια καινούρια ζωή». Τόμος Α. Εκδόσεις «Δωδώνη». Αθήνα – Γιάννινα 1987.
81. Σμοκοβιτη Αθ. «Οι συνέπειες της μόλυνσης και ρύπανσης του περιβάλλοντος στο έμβρυο». Θεσσαλονίκη 1985.
82. Υγεία κάθε μέρα Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.care.gr/jgbsae/abb. 31-3-2002.
83. Μπεχρακης Π. «Ιατρικό Βήμα». Τεύχος 76. Αθήνα Ιούλιος – Αύγουστος 2001.
84. Χαραλαμποπουλου Α. Σπουδάστρια Τ.Ε.Ι. Πατρών. Πτυχιακή εργασία με θέμα «Συνέπειες του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Νοσηλευτική παρέμβαση». Πάτρα 1999.
85. «Σύγχρονη Οικογενειακή Ιατρική». Τεύχος «παιδί και γονείς». Εκδόσεις «Τρίγκας». Αθήνα 2000.
86. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://chr-demir.com/2009/04/blog-post_1268.html 29-6-2010.
87. Α.Χ. Χασμαν «Επίδραση του καπνίσματος και του καφέ στην υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα». Διδακτορική διατριβή. Πάτρα 1990.
88. Δημητριος Παναγουλιας. «Αρτηριακή πίεση παιδιών καπνιστριών μητέρων κατά την νεογνική ηλικία και τον πρώτο χρόνο της ζωής». Διδακτορική διατριβή. Πάτρα 1999.
89. Πουγουρα Π. «Μαιευτική – γυναικολογία». Τόμος Α' οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 1988.