Τρεις καθηγητές ιατροί λύνουν τις τελευταίες «παρεξηγήσεις» σχετικά με το κάπνισμα (Έλενα Κιουρκτσή)

Categories : ΥΓΕΙΑ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Date : 30 Ιουνίου, 2009

Δημήτρης Θ. Κρεμαστινός καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης PhD, FCCP, πνευμονολόγος - εντατικολόγος, αν. καθηγητής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος Εθνικής Συντονιστικής Επιτροπής για το Κάπνισμα

Δημήτρης Τριχόπουλος καθηγητής Πρόληψης Καρκίνου και καθηγητής Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Χάρβαρντ

1) Πώς αντιδρά ο οργανισμός στην εισπνοή καπνού;

Δ. Κ.: Η νικοτίνη διεισδύει στους πνεύμονες και φτάνει στον εγκέφαλο μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα. Λόγω αυτής της μεγάλης ταχύτητας, ο καπνιστής αισθάνεται την επίδραση της νικοτίνης πολύ γρήγορα. Η νικοτίνη επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. Αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, ανεβαίνει η πίεση, κ.λπ.

2) Πόσο κινδυνεύει ένας παθητικός καπνιστής - ένας σερβιτόρος σε καφετέρια ή μουσικός σε νυχτερινό κέντρο, για παράδειγμα;

Δ. Τρ.: Η μακροχρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνει κατά 30% έως 50% τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα και είναι πιθανό να αυξάνει και τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Τι άλλο πια να ειπωθεί και να γραφτεί προκειμένου να γίνει πλήρως αντιληπτό ότι το παθητικό κάπνισμα συνιστά απειλή για την υγεία και τη ζωή;

3) Τα ελαφρά τσιγάρα βλάπτουν λιγότερο;

Δ. Κ.: Μύθος. Οι καπνιστές «ελαφρών τσιγάρων» εισπνέουν πιο βαθιά και παρατεταμένα τον καπνό ή καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα, με αποτέλεσμα η ποσότητα της προσλαμβανόμενης πίσσας και νικοτίνης να είναι ίδια με εκείνη που προέρχεται από τα «κανονικά» τσιγάρα. Μάλιστα, μελέτες αποδεικνύουν ότι η

πιθανότητα για καρκίνο του πνεύμονα είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από την περιεκτικότητα των τσιγάρων σε νικοτίνη.

4) Όποιος καπνίζει τρία με πέντε τσιγάρα την ημέρα είναι ασφαλής;

Π. Μπ.: Κατηγορηματικά ΟΧΙ. Κατ' αρχάς, για τον έφηβο ή γενικά τον νέο καπνιστή το επιχείρημα της ελάχιστης και «ασφαλούς» χρήσης αποτελεί τη συνηθέστερη μεθοδολογία «στράτευσης» στο κάπνισμα. Η νευροβιολογική εγκατάσταση κάθε εξαρτησιογόνου διεργασίας στον εγκέφαλο περνά από μια αρχική περίοδο εύκολης ικανοποίησης και ευχαρίστησης με πολύ λίγη δόση της εξαρτησιογόνου ουσίας. Όμως, οι ανάγκες αυξάνουν, με όρους και βιοχημικές διαδικασίες μελετημένες και γνωστές, που αποτελούν τη βιολογική βάση της εξάρτησης. Έτσι, στη συνέχεια φτάνει κανείς στη μέση ημερήσια δόση του σκληρού αυτού ναρκωτικού, που είναι περίπου 20 τσιγάρα την ημέρα, γεγονός που εξηγεί το γιατί αυτός είναι ο αριθμός των τσιγάρων που διεθνώς περιέχονται σε κάθε πακέτο. Είναι η ημερήσια ανάγκη του μέσου καπνιστή, ο οποίος, ξεκινώντας από ένα ή δύο ελεγχόμενα τσιγάρα σε νεανική ηλικία, βρίσκεται σε δύο -τρία χρόνια να είναι κανονικός χρήστης με πολύ λίγες πιθανότητες διακοπής χωρίς βοήθεια.

5) Γιατί μερικές φορές το κόβουν ευκολότερα καπνιστές των 4 πακέτων ημερησίως από ό,τι καπνιστές των 4 τσιγάρων;

Δ. Τρ.: Δεν έχω υπόψη μου τέτοιες περιπτώσεις, αλλά η εύλογη ερμηνεία είναι ότι ο βαρύς καπνιστής αισθάνεται κάποια στιγμή περισσότερο έντονη την απειλή του καρκίνου και του θανάτου. Συνήθως συμβαίνει όταν παρουσιαστεί κάποια κλινική εκδήλωση στον ίδιο ή κάποιος καπνιστής φίλος ή συγγενής φύγει πρόωρα από τη ζωή.

6) Έχει βάση ο ισχυρισμός κάποιων γυναικολόγων, ότι 1 -2 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν κάνουν κακό στο έμβρυο;

Π. Μπ.: Μια τέτοια οδηγία αποτελεί ιατρικό λάθος. Είναι αυτό που στη διεθνή ορολογία αποκαλείται malpractice. Οι συνέπειες, ακόμα και του παθητικού καπνίσματος, στην έγκυο και στο έμβρυο είναι σωματικές και ως εκ τούτου θα πρέπει η γυναίκα να διακόπτει το κάπνισμα οριστικά αμέσως με τη διάγνωση της κύησης. Η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου παρεμποδίζεται από τη χρήση νικοτίνης, η οποία διέρχεται στην πλακούντια κυκλοφορία και μετατρέπει το παιδί σε παθητικό καπνιστή από την εμβρυϊκή περίοδο. Το όλο θέμα κάπνισμα - γυναίκα - κύηση - έμβρυο είναι τεράστιο και ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου οι Ελληνίδες εμφανί-ζουν παγκόσμια «πρωτιά» σε ποσοστό καπνίσματος, σκόπιμο είναι να αντιμετωπιστεί με ειδικές στοχευμένες δράσεις.

7) Πώς επιδρά το τσιγάρο στην καρδιά και στο κυκλοφορικό;

Δ. Κ.: Υπάρχουν πολλαπλοί βλαπτικοί μηχανισμοί, όπως η ελάττωση της καλής και προστατευτικής χοληστερόλης (HDL χοληστερόλη), η οξείδωση των μορίων της κακής χοληστερόλης (LDL χοληστερόλης), με αποτέλεσμα να γίνονται πιο βλαπτικά-αθηρογόνα μόρια, η αύξηση των αναγκών της καρδιάς σε οξυγόνο, λόγω της ταχυκαρδίας που προκαλεί, η θρομβογόνος δράση, η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, ο σπασμός στεφανιαίων αρτηριών, κ.λπ. Έτσι, το τσιγάρο αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου και περιφερικής αρτηριακής νόσου. Η σχέση αυτή είναι δοσοεξαρτώμενη. Ειδικά όσον αφορά το έμφραγμα μυοκαρδίου, 10 τσιγάρα την ημέρα διπλασιάζουν τον κίνδυνο, ενώ 2 πακέτα την ημέρα τον οκταπλασιάζουν!

8) Στους πνεύμονες;

Δ. Κ.: Δρα κυρίως στο βρογχικό επιθήλιο. Προκαλεί υπερτροφία των βλεννογόνων αδένων, με αποτέλεσμα την έκκριση μεγάλης ποσότητα βλέννας, ευνοεί τη φλεγμονώδη διήθηση, κ.λπ. Το 80% της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονικό εμφύσημα, βρογχικό άσθμα) οφείλεται στο κάπνισμα του τσιγάρου.

9) Πώς προκαλεί καρκίνο το κάπνισμα;

Δ. Κ.: Στον καπνό του τσιγάρου περιέχονται πολλές καρκινογόνες ουσίες που εισέρχονται στους πνεύμονες και προκαλούν βλάβες στο γενετικό υλικό (DNA) των κυττάρων τους. Με τον καιρό τα κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβη χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και της ανάπτυξής τους και καθίστανται καρκινικά. Το 80% - 90% των καρκίνων του πνεύμονος οφείλονται στο κάπνισμα. Επιπλέον, ο χρόνιος καπνιστής έχει 20 έως 40 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου των πνευμόνων. Επίσης, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνων και σε άλλα όργανα, όπως λάρυγγα, στοματική κοιλότητα, οισοφάγο, πάγκρεας, ουροδόχο κύστη κ.λπ.

10) Γιατί ορισμένοι καπνιστές φτάνουν ως τα βαθιά γεράματα καπνίζοντας ενώ άλλοι πεθαίνουν νέοι;

Δ. Τρ.: Η νόσηση και ο θάνατος αποτελούν συνισταμένες πολυπαραγοντικών επιδράσεων. Έτσι, ακόμη και στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι που επλήγησαν από τις ατομικές βόμβες υπάρχουν κάτοικοι που δεν προσβλήθηκαν από καρκίνο και έφτασαν τα 90 ή και 100 χρόνια. Αυτό δεν αλλάζει το γεγονός ότι τόσο η ιονίζουσα ακτινοβολία όσο και το κάπνισμα αποτελούν καρκινογόνους παράγοντες.

11) Γιατί οι καπνιστές θεωρούν ότι το τσιγάρο προσφέρει χαλάρωση;

Δ. Κ.: Πράγματι, στατιστικά είναι ένα από τα βασικότερα συναισθήματα που ισχυρίζονται ότι αισθάνονται. Όμως, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η νικοτίνη δεν φέρνει «πραγματική» χαλάρωση ή μείωση του στρες. Αποδείχθηκε ότι αυτό που οι καπνιστές αντιλαμβάνονται ως χαλάρωση ή μείωση του στρες, στην ουσία είναι μετριασμός των συμπτωμάτων στέρησης. Τα συμπτώματα στέρησης (νευρικότητα, ανησυχία, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης) εκλαμβάνονται ως αρνητικά, άρα η εξάλειψη ή η μείωσή τους με το κάπνισμα μεταφράζεται ως ευχάριστη και ανακουφιστική.

12) Το πούρο είναι πιο ασφαλές;

Δ. Κ.: Με βάση την Αμερικανική Πνευμονολογική Εταιρεία, η θνησιμότητα από καρκίνο σε άντρες που καπνίζουν πούρα είναι 34% πιο υψηλή σε σχέση με τους μη καπνιστές και οφείλεται κυρίως σε καρκίνο του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και των χειλιών.

13) Ο οργανισμός του πρώην καπνιστή «εξισώνεται» -και, αν ναι, πότε- με εκείνον ενός μη καπνιστή;

Δ. Τρ.: Μετά την οριστική διακοπή του καπνίσματος, ο υπερβάλλων κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 50% μετά μία 5ετία, κατά 75% μετά τη δεκαετία και κατά 87% μετά τη δεκαπενταετία. Στην πράξη, μετά τη διακοπή ο κίνδυνος υποχωρεί ραγδαία, αν και δεν φτάνει ποτέ στα χαμηλά επίπεδα κινδύνου των μη καπνιστών. Για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο υπερβάλλων κίνδυνος υποχωρεί με βραδύτερο ρυθμό.

14) Αληθεύει ότι όταν κόβει κανείς το κάπνισμα παίρνει κιλά και, αν ναι, γιατί;

Δ. Κ.: Ναι. Η νικοτίνη αυξάνει το μεταβολισμό, συνεπώς η έλλειψη της τον μειώνει, με αποτέλεσμα τη μεταβολή της ισορροπίας διατροφής-καύσεων προς την κατεύθυνση της αύξησης του σωματικού βάρους. Όμως, μια μικρή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, σε συνδυασμό με αύξηση των καύσεων και συχνή παρακολούθηση του σωματικού βάρους στην περίοδο της διακοπής αποτελούν την απλή διαδικασία διατήρησης σταθερού του σωματικού βάρους.

15) Ο καπνιστής του ενός πακέτου την ημέρα, που «κατεβαίνει» στον αριθμό των τσιγάρων, κινδυνεύει λιγότερο;

Π. Μπ.: Η διατήρηση του καπνίσματος σε «ελεγχόμενη» πολύ μικρή χρήση είναι

σχεδόν αδύνατη. Μετά από συνεχή «καταπίεση» για χαμηλή χρήση μερικών μηνών, ο καπνιστής επανέρχεται στην «κανονική» του δόση. Γι' αυτό, στον κλασικό μέσο καπνιστή, η μείωση συνιστάται μόνο σαν ενδιάμεση λύση προς την κατεύθυνση της πλήρους διακοπής, η οποία σκόπιμο είναι να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί με προοπτική μερικών μηνών, όχι περισσότερο. Αλλιώς, η υποτροπή πρέπει να θεωρείται σχεδόν βεβαία. Από την άλλη, η μείωση σαφώς ωφελεί, ελαττώνοντας το σχετικό κίνδυνο για βρογχιτικά και καρδιαγγειακά επεισόδια. Όσον αφορά όμως την εξέλιξη της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας, όπου η νόσος έχει ήδη εγκατασταθεί και βρίσκεται σε εξέλιξη, έστω και η παραμικρή χρήση καπνού, ακόμα και το παθητικό κάπνισμα, δυστυχώς, αποτελούν ισχυρούς μηχανισμούς για τη συνέχισή της. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι η μεταβολή των κοινωνικών όρων άσκησης του καπνίσματος, η απαγόρευσή του δηλαδή σε δημόσιους χώρους κυρίως εργασίας και διασκέδασης, σαφώς βελτιώνει τη δημόσια υγεία και συνεπάγεται άμεση μείωση των οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων.

16) Τα υποκατάστατα νικοτίνης (τσιρότα, τσίχλες κ.λπ.) πόσο βοηθούν στη μείωση ή διακοπή του καπνίσματος;

Π. Μπ.: Η έννοια της εξάρτησης και της διακοπής αναφέρεται σε εγκεφαλική λειτουργία. Προϋπόθεση είναι η συνειδητοποίηση της σοβαρής διάστασης του προβλήματος. Ο καπνιστής και η καπνίστρια, πριν αποφασίσουν τη λήψη οποιουδήποτε μέτρου, σκόπιμο είναι να συνειδητοποιήσουν ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι μια πολύ δυνατή εξάρτηση, είναι η διακοπή ενός σκληρού ναρκωτικού. Η χρήση των υποκατάστατων ή φαρμάκων υποβοηθητικών της διακοπής καλό είναι να γίνεται πάντα με ιατρική υπόδειξη και παρακολούθηση. Κυρίως, όμως, να μην εναποθέτει κανείς σε αυτά την ελπίδα της διακοπής. Ο ρόλος τους είναι μόνο υποβοηθητικός. Η λύση του προβλήματος βρίσκεται πάντα στα χέρια του χρήστη. Η διακοπή απαιτεί αγώνα και κατάθεση ψυχής.

17) Ενώ το κάπνισμα σκοτώνει, γιατί πολλοί το ξεκινούν;

Π. Μπ.: Οι μηχανισμοί προώθησης ενός εμπορικού προϊόντος που επιφέρει τεράστια κερδοφορία, λειτουργούν σχεδόν ανεξέλεγκτοι, με αντίτιμο την υγεία και τη ζωή των ίδιων των πολιτών, καθώς και την τεράστια οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών οργανισμών. Η αδυναμία της σημερινής κοινωνίας να αναλάβει τις ευθύνες της έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη μόνιμων μηχανισμών «παραγωγής» νέων καπνιστών, που στη χώρα μας «πρέπει» να είναι 50.000 κάθε χρόνο. Κανείς δεν γεννιέται καπνιστής αλλά γίνεται: με την ανεξέλεγκτη γιγαντοαφίσα και την έμμεση διαφήμιση - στην καφετέρια, στο νυχτερινό κέντρο αλλά και στην τουαλέτα του σχολείου. Οι μηχανισμοί αυτοί πρέπει ένας προς έναν να αναλυθούν, να προσεγγιστούν και να αντιμετωπιστούν με σύνεση, μεθοδικότητα και αίσθημα κοινωνικής ευθύνης.

18) Γιατί συνήθως χρειάζονται παραπάνω από μία προσπάθειες για να κόψει κανείς οριστικά το κάπνισμα;

Π. Μπ.: Το ψυχολογικό σκέλος της διακοπής του καπνίσματος είναι τεράστιο. Η φαρμακευτική εξάρτηση είναι πολύ ισχυρή αλλά και η διαμόρφωση μιας καθημερινής συμπεριφοράς στην εργασία, τη διασκέδαση, την οικογενειακή και κοινωνική ζωή, η επανάληψη των κινήσεων, ο ερεθισμός των χειλιών και του στόματος, η οσφρητική αίσθηση, η διασύνδεση του καπνίσματος με τη συναισθηματική διακίνηση και τη λειτουργικότητα της λογικής του καπνιστή, το lifestyle -ιδίως για τους νέους- αναγορεύουν τη διακοπή του καπνίσματος σε μείζον ψυχολογικό πρόβλημα. Ο καπνιστής, δηλαδή, καλείται να ζήσει με έναν άλλο εαυτό! Το κεφάλαιο αυτό έχει κάπως υποτιμηθεί και δεν υποστηρίζεται όσο πρέπει από τα προγράμματα διακοπής.

19) Αληθεύει ότι το κάπνισμα προστατεύει από ορισμένα νοσήματα;

Δ.Τρ.: Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη γνωστή αιτία καρκίνου και η σημαντικότερη αιτία πρώιμης θνησιμότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο. Εντούτοις, έχει βρεθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο του καρκίνου του ενδομητρίου, πιθανόν επειδή επιδρά βλαπτικά στις ωοθήκες και ελαττώνει τα επίπεδα των οιστρογόνων, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του συγκεκριμένου καρκίνου. Έχει επίσης βρεθεί ότι το κάπνισμα ενδέχεται να μειώνει τον κίνδυνο της νόσου του Parkinson, ίσως επειδή η νικοτίνη δρα ως νευροδιαβιβαστής. Ας γίνει όμως σαφές ότι οι κίνδυνοι από το κάπνισμα για το σύνολο της νοσηρότητας και της θνησιμότητας είναι δεκάδες φορές μεγαλύτεροι από το βαθμό προστασίας που ενδέχεται να παρέχει έναντι μιας μεμονωμένης νεοπλασίας και ενός νευροεκφυλιστικού νοσήματος. Και δεν είναι μόνο το ενεργητικό κάπνισμα που είναι επικίνδυνο, αλλά και η έκθεση στον καπνό των άλλων, το παθητικό κάπνισμα δηλαδή, όπως τεκμηριώθηκε για πρώτη φορά το 1981 και, μάλιστα, σε έρευνα του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

20) Ποιός είναι ο χειρότερος «εχθρός» όταν προσπαθεί κάποιος να διακόψει το κάπνισμα;

Δ. Τρ.: Η εξάρτηση από τη νικοτίνη και οι καπνιστές στο περιβάλλον του. Διότι η εξάρτηση είναι εξαιρετικά ισχυρή και ένα περιβάλλον καπνιστών, πέρα από το επιπλέον ερέθισμα, παρέχει και ένα πλασματικό αίσθημα ασφάλειας.

(Πηγή: «Κ» Καθημερινής, 28/6/2009)