

Γράμμα του Διευθυντή Σύνταξης

Έκθεση σε Δευτερογενές Κάπνισμα και Καρδιαγγειακός Κίνδυνος. Ώρα για Δράση

ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΣ Ι. ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ

1η Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα

Tο κάπνισμα έχει αποδειχθεί πως αποτελεί την κύρια αιτία καρκίνου του πνεύμονα, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, της αθηρωμάτωσης των περιφερικών αγγείων και έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο.¹ Πρέπει να σημειώσουμε ότι ο καπνός περιέχει πάνω από 400 χημικές ουσίες από τις οποίες οι 60 τουλάχιστον ενοχοποιούνται ως καρκινογόνες. Ο καπνός επίσης έχει μονοξείδιο του άνθρακα (CO), ένα δηλητηριώδες αέριο, που εμποδίζει τη μεταφορά οξυγόνου μέσω του αίματος στους ιστούς. Ο καπνός που βγαίνει από την άκρη ενός τσιγάρου έχει περίπου τη διπλή συγκέντρωση νικοτίνης και πίσσας από τον καπνό που εισπνέει ο ίδιος ο καπνιστής. Επίσης περιέχει περίπου τριπλάσια ποσότητα της καρκινογόνου ουσίας βενζοαπυρένιο, πενταπλάσια ποσότητα CO και πενήντα φορές περισσότερη αμμωνία. Αν σε αυτές τις ουσίες προσθέσουμε τις υπόλοιπες τοξικές ουσίες που περιέχει ο καπνός όπως αρσενικό, φορμαλδεΐδη, χλωριούχο βινύλιο έχουμε ένα πολύ «δύσπεπτο» τοξικό κοκτέιλ αερίων. Πολλά από τα δυνητικά τοξικά αέρια του καπνού βρίσκονται σε υψηλότερες συγκεντρώσεις στον καπνό που βγαίνει από την άκρη του τσιγάρου παρά στον καπνό που εισπνέεται από τον καπνιστή. Ένας μη καπνιστής εκτίθεται τόσο στον καπνό από την άκρη του τσιγάρου που καίγεται (παράπλευρος καπνός) όσο και στον καπνό που εκπνέει ο καπνιστής. Περίπου τα τέσσερα πέμπτα του καπνού που γεμίζει ένα δωμάτιο μέσα στο οποίο κάποιος καπνίζει αποτελείται από τον παράπλευρο καπνό. Συγκεκριμένες καρκινογόνες ουσίες του καπνού έχουν ανιχνευθεί στο αίμα και στα ούρα μη καπνιστών που έχουν εκτεθεί σε παθητικό κάπνι-

σμα.² Οι περισσότεροι άνθρωποι που δεν καπνίζουν δεν θέλουν να εκτίθενται στον καπνό παρά τη θέλησή τους και έχουν απόλυτο δίκιο καθώς ο κίνδυνος που αποδίδεται στο ενεργό κάπνισμα ποικίλει από 40% για στεφανιαία νόσο έως πάνω από 60% για καρκίνο του λάρυγγα ή του οισοφάγου και πάνω από 80% για καρκίνο του πνεύμονα.³ Επιπρόσθετα το κάπνισμα προδιαθέτει σε άσθμα. Αντίστοιχα με τους ενεργούς καπνιστές και οι παθητικοί καπνιστές έχουν υψηλότερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου και καρκίνου.⁴⁻⁶ Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τόσο το ενεργό όσο και το παθητικό κάπνισμα επηρεάζουν το καρδιαγγειακό σύστημα μέσω της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας που προκαλούν, της οξειδωτικής LDL χοληστερόλης, της προσκόλλησης των αιμοπεταλίων, της φλεγμονώδους διεργασίας, της μιτοχονδριακής και οξειδωτικής βλάβης καθώς και μέσω της άμεσης επιδείνωσης των ελαστικών ιδιοτήτων της αορτής.⁷⁻⁹ Πράγματι κάποιες από τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι συγκρίσιμες με αυτές του ενεργού καπνίσματος.⁶ Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι ο «δευτερογενής» καπνός ή «καπνός από δεύτερο χέρι» (second hand smoke) ελαττώνει την κατάλυση οξυγόνου και την ικανότητα για άσκηση και προάγει τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων και τη δημιουργία του θρόμβου οδηγώντας σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Επίσης προκαλεί μεταβολές στα επίπεδα των λιπιδίων, ελάττωση των αμυντικών αντιοξειδωτικών ουσιών του ορρού με αποτέλεσμα την οξείδωση των λιπιδίων.^{10,11} Η μελέτη ΑΤΤΙCΑ έδειξε ότι ο δευτερογενής καπνός προκαλεί χρόνια φλεγμονή, με αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών, όπως συμβαίνει και στους ενεργούς καπνι-

στές.¹⁰ Οι τιμές αυτών των δεικτών είναι ανάλογοι των ετών έκθεσης στον δευτερογενή καπνό και είναι υψηλότερες σε αυτούς που είχαν συστηματική έκθεση από αυτούς που είχαν περιστασιακή. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η δράση του δευτερογενούς καπνού στην αθηρωματική διαδικασία είναι ανάλογα με την δράση του πρωτογενούς καπνού δηλαδή του ενεργού καπνίσματος. Η επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό έχει μεγάλη σημασία για τη δημόσια υγεία καθώς αντιπροσωπεύει μια σημαντική αιτία ατμοσφαιρικής μόλυνσης. Αναμφίβολα, η δημιουργία περιβάλλοντος ελεύθερου καπνού έχει μεγάλη σημασία για την υγεία μας αν και οι καπνοβιομηχανίες προσπαθούν να δημιουργήσουν ψεύτικες αντιπαραθέσεις σχετικά με την επικινδυνότητα του παθητικού καπνίσματος. Παρά τη γνωστή βλαπτική δράση του καπνίσματος, ο αριθμός των καπνιστών εξακολουθεί να αυξάνει. Ειδικότερα στην Ελλάδα το 45% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι καπνίζει. Συνέπεια αυτού είναι να αυξάνεται και ο αριθμός των ανθρώπων που εκτίθενται σε δευτερογενή καπνό. Πράγματι, παρατηρήσαμε ότι στον ελληνικό πληθυσμό περίπου ο 1 στους 3 άντρες και γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ εκτέθηκαν σε δευτερογενή καπνό.¹⁰ Υπολογίζεται επίσης ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες περισσότερα από 17.000 παιδιά κάτω των πέντε ετών νοσηλεύονται εξαιτίας της δράσης του παθητικού καπνίσματος.

Η αυστηρή απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους θα μπορούσε να είναι ένας επιτυχής τρόπος μείωσης του παθητικού καπνίσματος επιφέροντας σημαντικό όφελος για την υγεία μας. Τι συμβαίνει στην υπόλοιπη Ευρώπη; Αυστηρή απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους ισχύει στην Αγγλία, Ιρλανδία και Γαλλία ενώ στη Γερμανία, Ολλανδία, Αυστρία, Ιταλία και Ισπανία επιτρέπεται το κάπνισμα σε μπαρ και ειδικά διαμορφωμένους χώρους. Ξεχωριστοί χώροι για τους καπνιστές υπάρχουν στο Βέλγιο, Κύπρο, Τσεχία, Εσθονία, Γαλλία, Ρωσία, Λιθουανία, Σλοβενία, Ιταλία, Μάλτα και Σουηδία. Στην Ελλάδα υπάρχουν διαθέσιμες αίθουσες καπνίσματος σε δημόσιους χώρους αν και τις περισσότερες φορές ο εξαερισμός είναι φτωχός και οι μη καπνιστές τελικά εκτίθενται

στον καπνό. Αυτό που πρέπει να κάνουμε είναι να εφαρμόσουμε μια πολιτική καπνίσματος παρέχοντας πραγματικά χωριστούς χώρους για τους μη καπνιστές και βελτιώνοντας τον εξαερισμό των δημόσιων χώρων. Ας μην ξεχνάμε ότι οι μη καπνιστές, σε αντίθεση με τους καπνιστές, εκτίθενται σε όλες τις βλαπτικές συνέπειες του καπνού χωρίς καμιά απόλυτως απόλαυση.

Βιβλιογραφία

1. Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Pipilis A, Graham I, Stefanadis C: Statistical modelling of 10-year fatal cardiovascular disease risk in Greece: the HellenicSCORE (a calibration of the ESC SCORE project). *Hellenic J Cardiol* 2007; 48: 55-63.
2. Muggli ME, Forster JL, Hurt RD, Repace JL: The smoke you don't see: uncovering tobacco industry scientific strategies aimed against environmental tobacco smoke policies. *Am J Public Health* 2001; 91: 1419-1423.
3. Veglia F, Vineis P, Overvad K, et al: Occupational exposures, environmental tobacco smoke, and lung cancer. *Epidemiology* 2007; 18: 769-775.
4. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysohoou C, et al: Association between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 case-control study. *Tob Control* 2002; 11: 220-225.
5. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK: Passive smoking and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340: 920-926.
6. Glantz S, Parmley W: Passive smoking and heart disease: Mechanisms and risk. *JAMA* 1995; 273: 1047-1053.
7. Celermajer DS, Adams MR, Clarkson P, et al: Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilatation in healthy young adults. *N Engl J Med* 1996; 334: 150-155.
8. Stefanadis C, Vlachopoulos C, Tsiamis E, et al: Unfavorable effects of passive smoking on aortic function in men. *Ann Intern Med* 1998; 128: 426-434.
9. Sasselos K, Vlachopoulos C, Alexopoulos N, Gialernios T, Aznaouridis K, Stefanadis C: The acute and chronic effect of cigarette smoking on the elastic properties of the ascending aorta in healthy male subjects. *Hellenic J Cardiol* 2006; 47: 263-268.
10. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, et al: Effect of exposure to second hand smoke on inflammation markers: The ATTICA epidemiological study. *Am J Med* 2003; 116: 145-150.
11. Glantz SA, Parmley WW: Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001; 286: 462-463.