

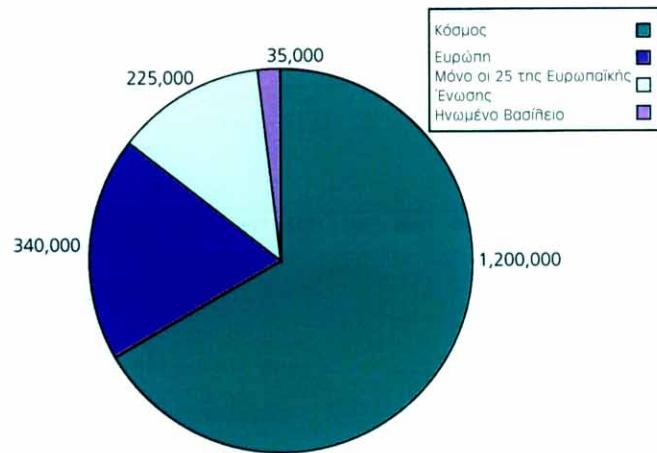
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και πρόληψη

Martin Muers, Ian Hunt και Jesme Fox

Περίληψη

- Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ακόμη μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου στις χώρες του Δυτικού κόσμου, παρά την πρόσφατη πτώση του ποσοστού του.
- Η επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα στις αναπτυσσόμενες χώρες δείχνει ότι θα αυξηθεί η επίπτωσή του.
- Το κάπνισμα παραμένει η πιο σημαντική αιτία πρόκλησής του.
- Έχουν καθοριστεί και άλλοι παράγοντες κινδύνου.
- Η διακοπή του καπνίσματος παραμένει το πιο σημαντικό βήμα για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα.
- Οι κυβερνητικές παρεμβάσεις για τον έπειγχο του καπνίσματος είναι απαραίτητες.



Εικόνα 1.1 Τα παγκόσμια ετήσια ποσοστά των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι βαρύτατη νόσος, που επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό τη δημόσια υγεία τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού κόσμου. Άλλα ούτε και οι αναπτυσσόμενες χώρες μένουν ανεπηρέαστες από τη μάστιγα, ιδίως χώρες όπως η Κίνα, όπου το κάπνισμα – ο πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα – δεν δείχνει να περιορίζεται από τις τροποποιήσεις στη σχετική νομοθεσία, όπως συμβαίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Ευρώπη (Εικόνα 1.1).

Επιδημιολογικά δεδομένα

Δεδομένα Ηνωμένου Βασιλείου

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι υπεύθυνος για το 6% των συνόλου των θανάτων, και περίπου για το ένα-πέμπτο των θανάτων από καρκίνο. Κάθε χρόνο, καταγράφονται περίπου 38.000 νέα περιστατικά και πεθαίνουν περίπου 33.500 νοσούντες, δηλαδή οι θάνατοι από τον καρκίνο του πνεύμονα είναι περισσότεροι από τους θανάτους από τον καρκίνο του μαστού και του εντέρου, μαζί. Μόνο το 25% των ασθενών επιβιώνει πέραν του ενός έτους από τη στιγμή της διάγνωσης, ενώ τα τελευταία 30 χρόνια, το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης έχει παραμείνει πρακτικώς αμετάβλητο στο 7%.

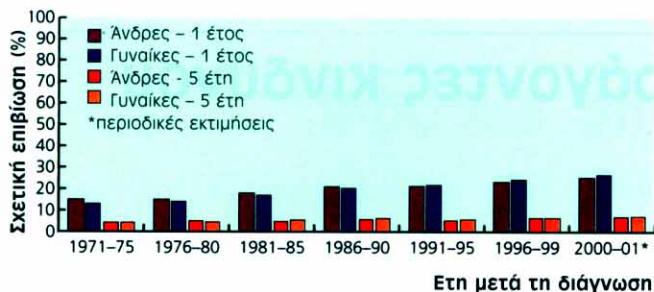
Παρ' όλα αυτά, κατά τη διάρκεια της τελευταίας πεντεκονταετίας, η αλλαγή στη νοοτροπία σχετικά με το κάπνισμα επέφερε σημαντική μείωση του μέσου όρου κατανάλωσης τσιγάρων ανά ημέρα για τους άνδρες, από 12 τσιγάρα το 1945 σε 4,6 το 1992. Η εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα

στους άνδρες μειώθηκε αντιστοίχως, από 80-120 περιστατικά ανά 100.000 άνδρες το 1962, σε 70-100 ανά 100.000 το 2002 (Εικόνες 1.2 και 1.3).

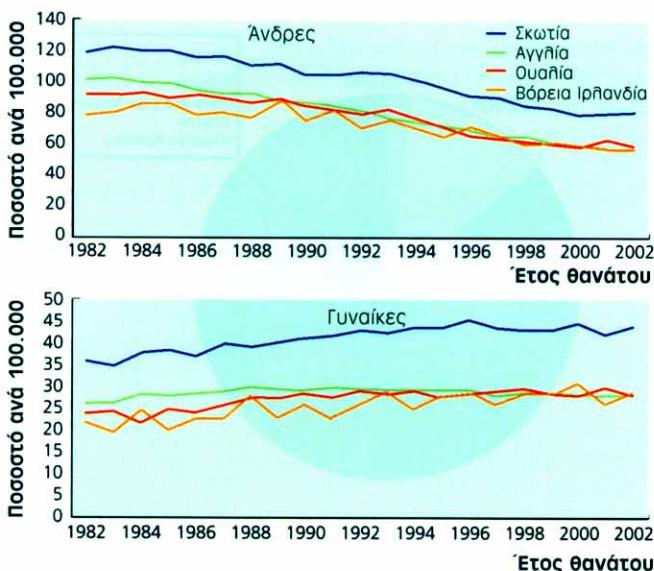
Τουλάχιστον στους άνδρες, τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι συγκρίσιμα με αυτά πολλών άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Αντιθέτως, τα ποσοστά θανάτου των γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα ακόμα δεν έχουν αρχίσει να πέφτουν, καθώς η μέγιστη κατανάλωση τσιγάρων καταγράφηκε το 1974. Αυτό ισχύει για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Πλέον, η κατανάλωση έχει μειωθεί κατά 50%, αλλά καθώς η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα έπεται της αλλαγής των συνηθειών του καπνίσματος, ο δείκτης θνησιμότητας των γυναικών συνεχίζει να αυξάνει (Εικόνα 1.3). Στην πραγματικότητα, το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου στην Ευρώπη (Πλαίσιο 1.1).

Καθώς οι συνήθειες των ανδρών και των γυναικών απέναντι στο κάπνισμα έχουν αλλάξει, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι σπάνιος σε άτομα κάτω των 40 ετών. Ο μέσος όρος εμφάνισής του είναι περίπου τα 75 έτη.

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζεται με διπλάσια έως και τριπλάσια ποσοστά σε φτωχότερες παρά σε πλουσιότερες περιοχές, με ανάλογες διακυμάνσεις του δείκτη θνητότητας ανά περιοχή. Τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας έχουν καταγραφεί στη Σκωτία και στη Βόρεια Αγγλία, λόγω της έντονης καπνιστικής συνήθειας των κατοίκων, στοιχεία



Εικόνα 1.2 Τα ποσοστά της σχετικής επιβίωσης από τον καρκίνο του πνεύμονα στην Αγγλία και στην Ουαλία, από το 1971 έως το 2001. (αναπαραγώγη κατόπιν αδείας από τον Toms 2004.)



Εικόνα 1.3 Ευρωπαϊκά ποσοστά θνητότητας από τον καρκίνο του πνεύμονα, ανάλογα με την ηλικία, στην Αγγλία, στην Ουαλία, στη Σκωτία και στη Βόρεια Ιρλανδία από το 1982 έως το 2002 (Αναπαραγώγη κατόπιν αδείας από τον Toms 2004).

Πλαίσιο 1.1 Ο καρκίνος του πνεύμονα και το φύλο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες μειώθηκε λόγω της μείωσης του ποσοστού καπνίσματος, ενώ στις γυναίκες τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα συνεχίζουν την αυξητική τους πορεία, καθώς οι γυναίκες καπνίζουν όλο και περισσότερο. Πλέον, περισσότερες γυναίκες πεθαίνουν από τον καρκίνο του πνεύμονα απ' ό,τι από τον καρκίνο του στήθους.

που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τη σύσταση των στρατηγικών πρόληψης.

Παγκόσμια δεδομένα

Πολλά από τα επιδημιολογικά δεδομένα που συναντάμε στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα συναντάμε και σε άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου, ιδίως στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο καταγράφονται περίπου 243.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (188.000 άνδρες και 55.000 γυναίκες). Για τους άνδρες, παρότι έχει παρατηρηθεί μικρή

πτώση του αριθμού των θανάτων μετά από την κορύφωση που καταγράφηκε στην αρχή της δεκαετίας του 1980, ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει ο πιο θανατηφόρος καρκίνος, προκαλώντας περίπου 50 θανάτους ανά 100.000 άνδρες το 1995. Αντιθέτως, στις γυναίκες, η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα συνεχίζει την ανοδική τους πορεία, οδηγώντας περίπου σε 22 θανάτους ανά 100.000 άτομα το 1996. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα και θνητότητας των ανδρών έχουν καταγραφεί στην Ουγγαρία, στην Πολωνία και στο Βέλγιο, ενώ τα χαμηλότερα στη Σουηδία και στην Πορτογαλία. Αντιστοίχως, για τις γυναίκες, τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνιζονται στη Δανία, στην Ουγγαρία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ τα χαμηλότερα στην Ισπανία, στην Πορτογαλία και στη Μάλτα (Εικόνα 1.4).

Στις Η.Π.Α., ο καρκίνος του πνεύμονα σήμερα παρουσιάζει την μεγαλύτερη θνητότητα μεταξύ των άλλων καρκίνων τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο το 2006 διαγνώστηκαν περίπου 174.470 νέα περιστατικά. Εδώ, οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά από τις γυναίκες. Το 2003, τα ποσοστά εμφάνισης ήταν 78,5 στους 100.000 άνδρες, σε σύγκριση με 51,3 στις 100.000 γυναίκες. Ωστόσο, τα ποσοστά των ανδρών μειώνονται σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ενώ των γυναικών εμφάνιζαν συνεχείς αυξητικές τάσεις μέχρι το 1998, οπότε και σταθεροποιήθηκαν. Το 1987, ο καρκίνος του πνεύμονα πήρε τα πρωτεία του πιο θανατηφόρου καρκίνου των γυναικών, υπερβαίνοντας τον καρκίνο του μαστού. Τα ποσοστά θανάτων, ανάλογα με την ηλικία, στον μαύρο πληθυσμό ήταν μεγαλύτερα κατά 12% απ' ό,τι στον λευκό, ενώ τοπικές διακυμάνσεις των ποσοστών ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο των κατοίκων παρατηρούνται και στις Η.Π.Α., καθώς και στη Μεγάλη Βρετανία.

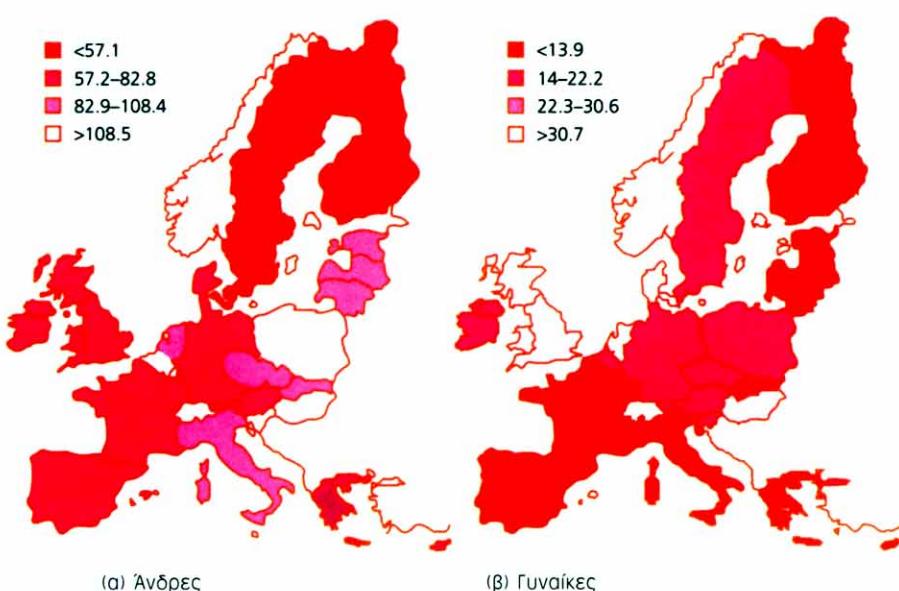
Εκτός από τις χώρες της Δύσης, στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου και στις ανθίζουσες οικονομίες της Απω Ανατολής και της Ινδικής χερσονήσου, ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζει πολύ χαμηλότερη επιδημιολογική συχνότητα σε σύγκριση με τις Η.Π.Α. και την Ευρώπη. Παρ' όλα αυτά, αναμένεται δραματική της συχνότητα στα επόμενα 30 χρόνια, εκτός αν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα κατά του καπνίσματος.

Αυτές οι γεωγραφικές διαφορές αντιπροσωπεύουν τα διαφορετικά επίπεδα της παγκόσμιας επιδημίας του καπνίσματος. Παρότι η συχνότητα εμφάνισης και η θνητότητα παρουσιάζει αργή αλλά σταθερή μείωση στις περισσότερες Δυτικές ευρωπαϊκές χώρες, στις Η.Π.Α. και στην Αυστραλασία – ίδιως στην Ασία – η αύξηση των ποσοστών των καπνιζόντων δυστυχώς θα μας οδηγήσει στην αύξηση της παγκόσμιας θνητότητας από τον καρκίνο του πνεύμονα πάνω και από τα σημερινά επίπεδα, που υπολογίζονται περίπου σε ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως μέσα στον 21ο αιώνα.

Το κάπνισμα

Η κλασική πρώιμη επιδημιολογική μελέτη των Doll και Hill το 1950 ακολουθήθηκε από τη μελέτη των «ιατρών», κατά την οποία καταγράφηκε για 50 χρόνια – ένα μοναδικό επίτευγμα – το κάπνισμα και τα αποτελέσματά του στην υγεία 20.000 ιατρών-συμμετεχόντων (Εικόνα 1.5). Αυτή η έρευνα αλλά και άλλες κατέδειξαν τελεσίδικα ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, ότι η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα είναι ανάλογη της δόσης, καθώς και ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει αυτή την πιθανότητα, αλλά ότι ακόμα και μετά τη διακοπή η πιθανότητα είναι αυξημένη

Εικόνα 1.4 Δύο χάρτες της Ευρώπης που απεικονίζουν τη διαφορά στα ποσοστά εμφάνισης και θνητότητας του καρκίνου ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες.

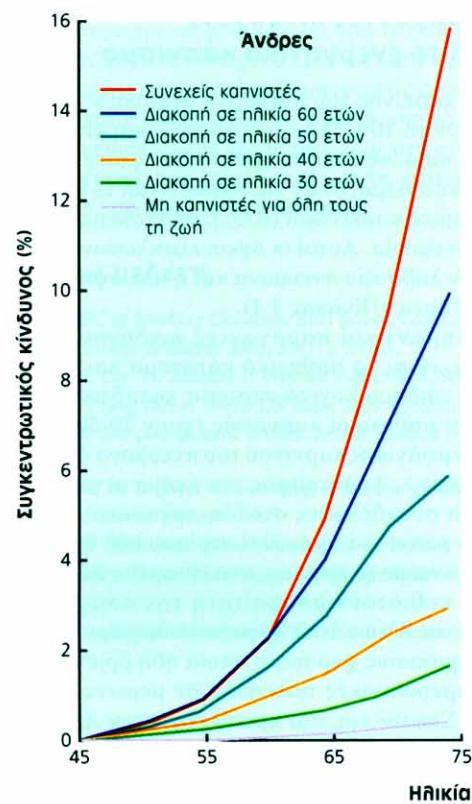


Εικόνα 1.5 Ο πρωτότυπος τίτλος του άρθρου, όπως δημοσιεύτηκε στο Βρετανικό Ιατρικό Περιοδικό, το 1954, μετά την έρευνα των Doll και Hill.

σε σχέση με κάποιον μη καπνιστή για τουλάχιστον 40 έτη (Εικόνα 1.6).

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός καθ' έξιν καπνιστή είναι περίπου 1 προς 15, ενώ ενός μη καπνιστή είναι 1 προς 200-300. Αν κάποιος διακόψει το κάπνισμα στην ηλικία των 50 ετών, ο κίνδυνος μειώνεται περίπου στο 1 προς 30. Συνέπεια αυτού είναι ότι το ποσοστό της εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα στους πρώην καπνιστές αυξάνει σε σχέση με τους νυν καπνιστές, έχοντας φτάσει προς το παρόν το 50%.

Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι το «ασφαλές τσιγάρο» είναι ένας μεγάλος μύθος. Οι καπνιστές μπορούν να ρυθμίζουν τη δόση της νικοτίνης που θέλουν να λάβουν. Για παράδειγμα, όταν είναι αγχωμένοι, μπορούν να επιτύχουν ταχύτατη αύξηση των επιπέδων της εισερχόμενης νικοτίνης με πολλές βαθιές εισπνοές ή όταν είναι πολύ χαλαρώμενοι συνήθως επιτυγχάνουν χαμηλότερα επίπεδα. Η αυξανόμενη χρήση ελαφρών τσιγάρων, δηλαδή με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας, καθώς και φίλτρων ενδεχομένως να ευθύνεται για την αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του αδενοκαρκινώματος,



Εικόνα 1.6 Ο σχετικός συγκεντρωτικός κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες του Ηνωμένου Βασιλείου και ο τροποποίηση του πλόγω της διακοπής του καπνίσματος, στις διάφορες ηλικιακές ομάδες (Anaparagawajh κατόπιν αδείας από τους Peto et al. 2000).

καθώς ο καπνιστής τείνει να εισπνέει πιο βαθιά και ο καπνός εισέρχεται πιο βαθιά στους πνεύμονες. Το ποσοστό του αδενοκαρκινώματος αντίθετα με προς τα άλλα είδη καρκίνου έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια από 15% σε 30%. Η πιθανότητα

Πίνακας 1.1 Άλλοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα, εκτός από το κάπνισμα.

Παράγοντας	Σχετικός κίνδυνος
Περιβάλλον με καπνό τσιγάρων	1,2
Αμίαντος (κίνδυνος ανάλογος της δόσης)	1,0-5,0
Αέριο ραδονίου (πέτρωμα γρανίτη)	1,2
Καυσαέρια του ντίζελ (επαγγελματικός παράγοντας)	1,3
Πνευμονοκονίαση	2,5-3,2
Οικογενειακό ιστορικό (ιδίως στις γυναίκες) < 50 ετών	2-4 (ανεπιβεβαίωτο)
Φύλο (οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο)	1,2-1,7
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,7-5,0

καρκίνου του πνεύμονα για τους μακροχρόνιους καπνιστές πίπας ή πούρων είναι μικρότερη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτές οι μορφές καπνίσματος είναι ακίνδυνες, καθώς ευθύνονται για άλλα είδη καρκίνου.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου, εκτός από το ενεργητικό κάπνισμα

Τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα αυξάνονται με την ηλικία και αποτελούν το 10% όλων των μορφών καρκίνου. Μερικές περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα δεν φαίνεται να σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως για παράδειγμα το βρογχοκυψελιδικό-κυτταρικό καρκίνωμα (BAC), το οποίο μιμείται χρόνια μη ίασιμη πνευμονία. Αυτοί οι όγκοι εξαπλώνονται μέσα στο τμήμα ή στον λοβό του πνεύμονα και η πλειοψηφία τους δεν κάνει μεταστάσεις (Πίνακας 1.1).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, εκτός από το κάπνισμα, είναι το παθητικό κάπνισμα και η έκθεση σε αμίαντο. Τα επιδημιολογικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι οι μακροχρόνιοι παθητικοί καπνιστές έχουν 20-30% αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα όταν ο καπνιστής είναι σύζυγος ή σύντροφος, και ακόμα μεγαλύτερη όταν πρόκειται για συναδέλφους στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον. Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί περίπου 600 θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα ετησίως, στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτά τα στοιχεία καθιστούν απαραίτητη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εργασιακούς χώρους και στους κλειστούς δημόσιους χώρους, η οποία ήδη βρίσκεται σε ισχύ σε πολλές αμερικανικές πολιτείες, σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες, στην Σκωτία και, πιο πρόσφατα, στην Αγγλία.

Τα άτομα που έχουν συμπτώματα αμιάντωσης λόγω επαγγελματικής έκθεσής τους στη βλαβερή αυτή ουσία, εμφανίζουν 500% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχει διχογνωμία για το κατά πόσο αυτή η πιθανότητα αφορά μόνο στα άτομα με τη συγκεκριμένη πάθηση ή αν ο ίδιος ο αμίαντος είναι καρκινογόνος. Παρότι ακόμα δεν υπάρχουν αποδείξεις, φαίνεται ότι ο αμίαντος από μόνος του πράγματι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, βέβαια πάντα ανάλογα με την έκταση και τη διάρκεια της έκθεσης σε αυτόν.

Το ραδόνιο είναι φυσικό ραδιενεργό αέριο που διαφεύγει από τα κοιτάσματα του γρανίτη. Επομένως, όσοι κατοικούν σε σπίτια χτισμένα πάνω σε γρανίτη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία σε χώρες όπως

είναι η Σουηδία, και σε λιγότερο βαθμό, στις νοτιοδυτικές περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου και στην Ουαλία.

Για κάποιο άγνωστο ακόμα λόγο, οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες από τους άνδρες στις πνευμονικές παθήσεις που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα του καπνίσματος, μεταξύ των οποίων τόσο η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) όσο και ο καρκίνος του πνεύμονα. Αυτό το δεδομένο καθιστά ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη ανάπτυξης αποτελεσματικών στρατηγικών πρωτογενούς πρόληψης για τις νέες γυναίκες. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί αυτή τη στιγμή τον πιο θανατηφόρο καρκίνο στις γυναίκες, με ολοένα αυξανόμενα ποσοστά, τη στιγμή που στο Ηνωμένο Βασίλειο το 38% των γυναικών ηλικίας 20 έως 24 ετών είναι ήδη τακτικοί καπνιστές.

Τα άτομα με ΧΑΠ διατρέχουν σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα σε σύγκριση με άτομα με αντίστοιχο ιστορικό καπνίσματος, αλλά φυσιολογικές τιμές σπιρομέτρησης. Μάλιστα, ο κίνδυνος είναι περίπου ανάλογος της σοβαρότητας της ΧΑΠ. Η αιτία είναι και πάλι άγνωστη, αλλά έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ενδεχομένων να οφείλεται στις επιπρόσθετες συνέπειες μίας ανεξάρτητης φλεγμονής των αεραγωγών λόγω του καπνίσματος ή, λιγότερο πιθανά, στις συνέπειες των μειωμένων αναπνευστικών ροών που βοηθά στην εναπόθεση καρκινογόνων ουσιών στον περιφερικό πνευμονικό ιστό.

Πρόληψη

Η πρόληψη αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο περιορισμού της θνησιμότητας από τον καρκίνο του πνεύμονα (Πλαίσιο 1.2). Παρ' όλα αυτά, η πρωτογενής πρόληψη στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περιορισμένη: ήδη από την ηλικία των 15 ετών, ένα στα τέσσερα παιδιά είναι τακτικός καπνιστής και υπολογίζεται ότι κάθε μέρα 450 παιδιά ξεκινούν το κάπνισμα. Ο θεισμός στη νικοτίνη ξεκινά ήδη από αυτή την ηλικία.

Η διαφοροποίηση αυτού του μοντέλου συμπεριφοράς είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ενδεχομένως θα χρειαστεί ένας συνδυασμός κοινωνικής πολιτικής, κατάλληλης τιμολόγησης και κοινωνικών πιέσεων. Οι κυβερνητικές δράσεις που έχουν εφαρμοσθεί στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. περιλαμβάνουν τη αναγραφή προειδοποίησεων για την υγεία πάνω στα πακέτα των τσιγάρων και του καπνού, την καθολική απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων του καπνού σε όλα τα μέσα ενημέρωσης, τη ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών και, πιο πρόσφατα, την απαγόρευση του καπνίσματος σε

Πλαίσιο 1.2 Μέθοδοι μείωσης της θνησιμότητας του καρκίνου του πνεύμονα

- Πρωτογενής πρόληψη: δεν αφήνω το παιδί να αρχίσει το κάπνισμα
- Δευτερογενής πρόληψη: προγράμματα διακοπής του καπνίσματος
- Χημειο-πρόληψη: ακόμα δεν έχει αποδεδειγμένα αποτελέσματα
- Προληπτικός έλεγχος: οι σχετικές δοκιμές είναι σε εξέλιξη
- Μείωση του διαστήματος μεταξύ του πρώτου συμπτώματος και της θεραπείας: τακτικές αντιμετώπισης του καρκίνου
- Καλύτερες θεραπείες: συνεχείς κλινικές έρευνες

Πλαίσιο 1.3 Συστάσεις για τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος στην πρωτογενή φροντίδα της υγείας

- Ρωτήστε για το κάπνισμα σε κάθε ευκαιρία
- Συμβουλέψτε όλους τους καπνιστές να το διακόψουν
- Βοηθήστε τον καπνιστή να το κόψει
- Κλείστε ραντεβού παρακολούθησης
- Βοήθεια:
 - ορίστε ημερομηνία διακοπής
 - αξιολογήστε προηγούμενες προσπάθειες
 - προειδοποίηστε για τα συμπτώματα
 - πείτε το στην οικογένεια και στους φίλους
 - συζητήστε την κατανάλωση αλκοόλ
 - παρέχετε θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης

Προσαρμοσμένο κατόπιν σχετικής αδείας από τους Raw et al. 1998.

όλους τους δημόσιους χώρους. Παρ' όλα αυτά, οι δύο πιο σημαντικοί παράγοντες που ασκούν τη μεγαλύτερη επιρροή στους ανηλίκους και που ταυτόχρονα είναι πιο δύσκολο να τροποποιηθούν είναι οι καπνιστικές συνήθειες των γονέων και η πίεση από τους συνομηλίκους τους.

Η νικοτίνη είναι εξαιρετικά εθιστική. Άλλωστε, όλοι θυμόμαστε τη φημισμένη φράση του Mark Twain, «η διακοπή του καπνίσματος είναι το πιο εύκολο πράγμα στον κόσμο – το έχω κόψει πολλές φορές». Παρότι λοιπόν περισσότεροι από το 70% των καπνιστών θα ήθελαν να το κόψουν, τα ποσοστά μακροχρόνιας διακοπής του καπνίσματος παραμένουν χαμηλά. Η απλή συμβουλή ενός ιατρού εισακούεται σε ποσοστό 1-3%. Αν η συμβουλή ακολουθηθεί από θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και την κατάλληλη υποστήριξη, το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος φτάνει το 6-8%, κυρίως όμως αφορά σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών. Οι νέοι συμβουλεύονται τον ιατρό τους λιγότερο, συχνά, οπότε η επίδραση της ιατρικής συμβουλής σ' αυτήν είναι πολύ μικρότερη. Τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος (Πλαίσιο 1.3) κοστίζουν £800 ανά έτος ζωής που κερδίζεται (δεδομένα του 1998), ενώ η χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα κοστίζει 25 φορές περισσότερο.

Διεθνείς οργανισμοί τόσο στη Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και παγκοσμίως, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.),

Πλαίσιο 1.4 Κύριες διατάξεις στη Συμφωνία για τον Έλεγχο του Καπνού (FCTC)

- Εφαρμογή απαγορεύσεων στη διαφήμιση, στην προώθηση και στη χορηγία των προϊόντων του καπνού.
- Αναγκαστική αναγραφή ειδικών προειδοποιήσεων για την υγεία πάνω στις συσκευασίες των προϊόντων καπνού, ώστε αυτές να καλύπτουν τουλάχιστον το 30% της κύριας επιφάνειας της συσκευασίας.
- Απαγόρευση του παραπλανητικού χαρακτηρισμού «ελαφρύ τσιγάρο».
- Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου μέσα σε χώρους εργασίας, δημόσιες συγκοινωνίες και σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Πάταξη του λαθρεμπορίου.
- Αύξηση του φόρου στα προϊόντα καπνού.

επιχειρούν να καταστείλουν τη μάστιγα της προώθησης του καπνίσματος από τις μεγάλες πολυεθνικές καπνοβιομηχανίες. Παράδειγμα αυτής της προσπάθειας είναι η Συμφωνία για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) (Πλαίσιο 1.4). Μένει να αποδειχθεί κατά πόσον οι συντονισμένες ρυθμιστικές δράσεις από τις κυβερνήσεις των κρατών θα αποδειχθούν ικανές ώστε να περιορίσουν την αυξανόμενη τάση του καπνίσματος στις αναπτυσσόμενες χώρες – μία τάση που απειλεί να εξαντλήσει τα ασφαλιστικά ταμεία και να επιφέρει ένα τεράστιο βάρος στο σύστημα υγείας από τις ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα κατά το δεύτερο μισό του 21ου αιώνα και μετά.

Περαιτέρω μελέτη

Britton J, ed. *ABC of Smoking Cessation*. BMJ Books, London, 2004.

Muer M. Lung cancer. *Medicine* 2003; 31(11): 28–37.

Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E & Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal* 2000; 321: 323–329.

Raw M, McNeill A & West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998; 53: S5.

Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain: A Report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. RCP, London, 2000.

Toms JR, ed. *CancerStats Monograph 2004*. Cancer Research UK, London, 2004.