

*Эдуард Алексеевич Михайлов¹, Владимир Филиппович Левшин²,
Алла Николаевна Горячева³, Лидия Петровна Цыбулина⁴*

ИССЛЕДОВАНИЕ АНАМНЕЗА КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

¹ Д. м. н., ведущий научный сотрудник, отделение координации и внедрения опыта по диагностике и лечению злокачественных новообразований в учреждениях здравоохранения РФ, централизованный научно-организационный отдел НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

² Д. м. н., руководитель отделения оценки эффективности и внедрения методов профилактики опухолей НИИ канцерогенеза ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

³ Научный сотрудник, отделение оценки эффективности и внедрения методов профилактики опухолей НИИ канцерогенеза ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

⁴ Ведущий документовед, отделение координации и внедрения опыта по диагностике и лечению злокачественных новообразований в учреждениях здравоохранения РФ, централизованный научно-организационный отдел НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Адрес для переписки: 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ канцерогенеза ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение оценки эффективности и внедрения методов профилактики опухолей, Левшин Владимир Филиппович; e-mail: lev@crc.umos.ru

Цель настоящего исследования — изучение характера связи курения с риском развития различных форм злокачественных новообразований. Материалом для исследования явились истории болезней 2070 больных с 8 наиболее распространенными формами злокачественных новообразований. Результаты ретроспективной оценки анамнеза онкологических больных показали, что у больных со злокачественными новообразованиями фактор курения был заметно более выраженным, чем фактор употребления алкоголя. Среди мужчин наибольшая частота табакокурения в анамнезе отмечена у больных раком легкого — 92,4%. Несколько меньше доля куривших была среди больных раком мочевого пузыря и гортани (соответственно 78,1 и 74%) и существенно меньше — среди больных раком желудка (42,7%), раком поджелудочной железы (31%) и раком предстательной железы (32,2%). Среди женщин с разными формами злокачественных новообразований доля лиц с наличием табакокурения в анамнезе была в несколько раз меньше, чем среди мужчин. Так, доля куривших среди женщин, больных раком легкого, составила 10%, больных раком желудка — 7,1%, больных раком молочной железы — 6,3%, больных раком шейки матки — 6,4%. Риск развития у курящих мелкоклеточного и плоскоклеточного рака легкого был во много раз выше, чем аденокарциномы. Аналогично в группе больных раком шейки матки связь табакокурения с риском развития плоскоклеточного рака была заметно более выражена, чем у пациентов с аденокарциномой.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, курение, анамнез, относительный риск.

Табакокурение (ТК) и обусловленная им табачная интоксикация являются причиной развития целого ряда заболеваний у человека, в том числе сердечно-сосудистых, респираторных и онкологических. В настоящее время общепризнано, что ТК и последствия табачной интокси-

кации служат одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности в странах с высокой распространенностью ТК [1—3]. Специальные эпидемиологические расчеты показывают, что в настоящее время в мире более 20% всей смертности от раковых заболеваний связано с курением. Поэтому ТК признано наиболее значимой и легко устранимой причиной смерти от рака [4].

Россия относится к странам с наиболее высокой распространенностью ТК, что приводит к значительным по-

терям в здравоохранении страны. Так, от причин и болезней, связанных с ТК, в России ежегодно умирают около 300 тыс. человек [1]. В частности, 52% всех случаев смерти мужчин от раковых заболеваний в стране обусловлены ТК [5].

Табачный дым является самым распространенным из доказанных канцерогенов для человека. В целом ряде специальных опытов и исследований была убедительно подтверждена способность компонентов табачного дыма образовывать с ДНК мутагенные аддукты, которые могут приводить к мутации или другим повреждениям клеточных генов, а в дальнейшем и к развитию рака [6]. В то же время многофакторная этиология злокачественных новообразований и сложность онкогенеза определяют необходимость дальнейшего более углубленного изучения роли табачной интоксикации в развитии различных форм злокачественных новообразований.

Наиболее доказательные и убедительные данные о характере связи ТК с риском развития различных форм злокачественных новообразований можно получить при эпидемиологических аналитических исследованиях, в которых есть возможность определить не только характер и степень связи, но и возможные особенности этиологической роли ТК, обусловленные характеристиками анамнеза курения и опухолевого процесса [7–9].

Целью настоящего исследования явилось изучение характера связи ТК с риском развития различных форм злокачественных новообразований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для ретроспективного исследования послужили данные, взятые из историй болезни онкологических больных, находившихся на лечении в НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина с 1995 по 2000 г. Всего специальному анализу подвергнуты 2070 историй болезни больных с 8 наиболее распространенными формами злокачественных новообразований (табл. 1). Самый молодой средний возраст у больных раком молочной железы — $54,7 \pm 0,48$ года, самый старший — у больных раком предстательной железы — $61,9 \pm 0,56$ года.

При анализе историй болезни учитывали возраст и пол пациентов, заключительный диагноз, включая данные гистологического исследования и стадию опухоли, и всю имевшуюся в истории болезни информацию о вредных привычках в анамнезе пациента. Следует отметить, что объем информации о вредных привычках в анамнезе различался, т. е. качество заполнения этого раздела анамнеза в истории болезни варьировало, и нередко врачи не вносили соответствующие данные. Так, информация об употреблении алкоголя отсутствовала в 20% исследованных историй болезни, чаще — в историях болезни больных раком легкого и раком гортани. В то же время у этих пациентов, как правило, более подробно записывался анамнез курения. Информация о ТК в анамнезе имела почти во всех исследованных историях болезни (отсутствовала только в 0,5% от всех просмотренных историй болезни).

Анализ характера и степени связи вредных привычек с развитием разных форм злокачественных новообразований проводили путем расчета показателей частот с оценкой достоверности их различий. Использовали так-

Таблица 1

Распределение больных злокачественными новообразованиями, включенных в исследование

Форма рака	Общее число случаев	Пол		Возраст, годы (среднее $\pm$ стандартная ошибка среднего)
		мужчины	женщины	
Рак легкого	401	371	30	$56,0 \pm 0,515$
Рак желудка	234	150	8	$56,9 \pm 0,674$
Рак поджелудочной железы	121	58	63	$58,8 \pm 0,742$
Рак гортани	289	285	4	$56,3 \pm 0,536$
Рак мочевого пузыря	79	73	6	$57,7 \pm 1,266$
Рак молочной железы	379	—	379	$54,7 \pm 0,483$
Рак предстательной железы	270	270	—	$61,9 \pm 0,560$
Рак шейки матки	297	—	297	$55,0 \pm 0,550$
Всего	2070	1025	863	—

же методики расчета относительного риска (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В табл. 2 представлены полученные данные об анамнезе курения у больных с различными формами злокачественных новообразований. Учитывая существенные различия в распространении ТК среди женщин и мужчин в популяции, анализ данных об анамнезе курения проводили отдельно по половым группам.

Среди мужчин наиболее высокий процент курящих на момент госпитализации отмечен в группах больных раком легкого и раком мочевого пузыря — 65,1 и 68,5% соответственно. В группах больных с другими формами новообразований доля курящих была заметно меньше: среди больных раком гортани — 47,4%, раком желудка — 28%, раком поджелудочной железы — 31% и раком предстательной железы — 22,2% ($p < 0,001$).

В историях болезни, как правило, не фиксировались сроки и длительность отказа от курения у лиц, отказавшихся от курения. В то же время с учетом возраста больных можно предполагать, что большинство отказавшихся от курения в прошлом курили на протяжении многих лет. Поэтому для анализа связи ТК с риском развития от-

Таблица 2

Анамнез курения у больных злокачественными новообразованиями

Форма рака	Пол, число больных	Никогда не курил		Курил в прошлом		Курит в настоящее время	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак легкого	М 371	28	7,6	102	27,3	241	65,1
	Ж 30	2	90	3	10	0	0
Рак желудка	М 150	86	57,3	22	14,7	42	28
	Ж 84	78	92,9	1	1,2	5	5,9
Рак поджелудочной железы	М 58	40	69	0	0	18	31
	Ж 63	63	100	0	0	0	0
Рак гортани	М 285	74	26	76	26,6	135	47,4
	Ж 4	4	100	0	0	0	0
Рак мочевого пузыря	М 73	16	21,9	7	9,6	50	68,5
	Ж 6	6	100	0	0	0	0
Рак молочной железы	Ж 379	355	93,7	21	5,5	3	0,8
Рак предстательной железы	М 270	183	67,8	27	10	60	22,2
Рак шейки матки	Ж 297	278	93,6	4	1,3	15	5,1
Всего	М 1207	427	35,4	234	19,4	546	45,2
	Ж 863	811	94	29	3,4	23	2,6
Оба пола	2070	1238	—	263	—	569	—

М — мужчины; Ж — женщины.

дельных форм злокачественных заболеваний правильнее учитывать всех куривших — и отказавшихся от курения, и продолжавших курить на момент госпитализации. При учете всех лиц с ТК в анамнезе их доля среди мужчин, больных раком легкого, составила 92,4%, раком мочевого пузыря — 78,1%, раком гортани — 74%, раком желудка — 42,7%, раком поджелудочной железы — 31%, раком предстательной железы — 32,2%.

Среди женщин с различными формами злокачественных новообразований доля лиц с ТК в анамнезе была значительно меньше. Так, доля куривших среди женщин,

больных раком легкого, составила 10%, больных раком желудка — 7,1%, раком молочной железы — 6,3%, раком шейки матки — 6,4%. Среди женщин, больных раком поджелудочной железы, раком гортани и раком мочевого пузыря, курящих не было.

В табл. 3 представлены соответствующие данные о частоте второй вредной привычки у больных со злокачественными новообразованиями — употребления алкоголя.

Среди мужчин относительно большая доля лиц, злоупотреблявших алкоголем, отмечена в группах больных раком легкого (15,7%), раком мочевого пузыря (12,9%),

Таблица 3

Употребление алкоголя больными со злокачественными новообразованиями^а

Форма рака	Пол, число больных	Не употребляет		Употребляет умеренно		Злоупотребляет	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак легкого	М 185	68	36,7	88	47,6	29	15,7
	Ж 28	26	92,9	2	7,1	0	—
Рак желудка	М 122	69	56,5	43	35,2	10	8,2
	Ж 78	74	94,9	4	5,1	0	—
Рак мочевого пузыря	М 62	27	43,5	27	43,5	8	12,9
	Ж 6	6	100	0	—	0	—
Рак предстательной железы	М 242	157	64,9	8	34,3	2	0,8
Рак поджелудочной железы	М 43	39	90,7	3	7	1	2,3
	Ж 62	61	98,4	1	1,6	0	—
Рак молочной железы	Ж 358	356	99,4	2	0,6	0	—
Рак гортани	М 187	101	54,0	57	30,5	29	15,5
	Ж 4	3	75	1	25	0	—
Рак шейки матки	Ж 281	280	99,6	1	0,4	0	—
Всего	М 841	461	54,8	301	35,8	79	9,4
	Ж 817	806	98,6	11	1,3	0	—

М — мужчины; Ж — женщины.

^а Включены только случаи с наличием информации об употреблении алкоголя.

раком гортани (15,5%) и раком желудка (8,2%). При учете всех больных, употреблявших алкоголь (и умеренно, и в больших количествах), доля таких лиц составила среди мужчин, больных раком легкого, 63,3%, раком желудка — 43,4%, раком мочевого пузыря — 56,4%, раком гортани — 46%, раком предстательной железы — 35, 1%, раком поджелудочной железы — 9,3%. Среди всех женщин со злокачественными новообразованиями доля лиц, употреблявших алкоголь, составила всего 1,3%.

На основании полученных из историй болезни данных был рассчитан ОР развития различных форм злокачественных новообразований в зависимости от наличия или отсутствия ТК в анамнезе (табл. 4 и 5). Эти данные позволяют наиболее наглядно и достоверно оценить связь ТК с риском развития отдельных форм злокачественных новообразований.

В ходе определения связи ТК с риском развития различных форм рака у мужчин при соответствующих расчетах риск развития рака предстательной железы был принят за единицу, т. е. эта группа больных была взята за условный контроль, поскольку этиология этой формы рака не связана с ТК [13]. ТК в анамнезе достоверно увеличивало риск развития у мужчин рака легкого в 26 раз, рака гортани — в 6 раз, рака мочевого пузыря в 7,5 раза, рака желудка — только в 1,6 раза. Связи ТК с риском развития рака поджелудочной железы не выявлено (см. табл. 4).

При аналогичных расчетах для женщин в качестве условного контроля взята группа больных раком молочной железы, так как риск развития этой формы рака в связи с ТК был принят за единицу [13]. Выявлено небольшое и недостоверное увеличение ОР у курящих женщин только рака легкого в 1,6 раза (ОР = 1,6), рака гортани в 1,9 раза (ОР = 1,9) и рака мочевого пузыря в 1,2 раза (ОР = 1,2) (см. табл. 5).

Таблица 4

Связь курения с риском развития различных форм злокачественных новообразований у мужчин

Форма рака ^a	Курение в анамнезе		ОР (95% ДИ)
	есть	нет	
Рак предстательной железы (270)	87	183	1,0
Рак легкого (371)	343	28	25,8 (16,23—40,90)
Рак гортани (285)	211	74	6,0 (4,15—8,66)
Рак мочевого пузыря (73)	57	16	7,5 (4,07—13,80)
Рак поджелудочной железы (58)	18	40	0,95 (0,51—1,75)
Рак желудка (150)	64	86	1,6 (1,04—2,36)

^a В скобках указано число больных.

Таблица 5

Связь курения с риском развития различных форм злокачественных новообразований у женщин

Формы рака ^a	Курение в анамнезе		ОР (95% ДИ)
	есть	нет	
Рак молочной железы (379)	24	355	1,0
Рак легкого (30)	3	27	1,6 (0,47—5,81)
Рак гортани (4)	0	4	1,9 (0,09—36,00)
Рак мочевого пузыря (6)	0	6	1,2 (0,07—22,73)
Рак поджелудочной железы (63)	0	63	0,1 (0,01—1,96)
Рак желудка (84)	6	78	1,1 (0,45—2,88)
Рак шейки матки (297)	19	278	1,0 (0,54—1,88)

^a В скобках указано число больных.

При анализе риска развития отдельных форм рака в зависимости от интенсивности и продолжительности ТК установлено, что по сравнению с лицами, курившими менее 10 сигарет в день, у больных, куривших более 20 сигарет в день, риск развития рака легкого увеличивался в 2,4 раза (95% ДИ от 1,15 до 5,03), рака гортани — в 6,3 раза (95% ДИ от 2,45 до 16,31). При учете длительности ТК по сравнению с лицами, курившими менее 10 лет, у лиц, куривших более 20 лет, риск развития рака легкого увеличивался в 24,4 раза (95% ДИ от 2,83 до 210,73), риск развития рака гортани — в 9,05 раза (95% ДИ от 1,03 до 79,28). Для других форм рака связь риска развития этих форм рака с интенсивностью и продолжительностью ТК была недостоверна. Таким образом, установлена дозозависимая связь риска развития рака легкого и рака гортани с ТК. При этом риск развития обеих форм рака был более зависим от продолжительности, чем от интенсивности курения.

Для отдельных форм злокачественных новообразований была исследована также связь ТК с различными гистологическими типами соответствующих форм рака. Расчет доли лиц с разным анамнезом курения в подгруппах больных с разными гистологическими типами рака легкого позволил выявить, что среди больных аденокарциномой легкого доля лиц с отсутствием ТК в анамнезе составила 28,4%, а среди больных с плоскоклеточным, мелкоклеточным и другими гистологическими типами рака легкого доля лиц с отсутствием ТК в анамнезе была существенно ниже — соответственно 6,1, 7,8 и 7,5% ($p < 0,001$).

Более наглядно связь ТК в анамнезе с риском развития различных гистологических вариантов отдельных

Таблица 6

Связь курения с риском развития различных гистологических типов отдельных форм рака

Форма рака и гистологическая форма ^a	Курение в анамнезе		ОР (95% ДИ)
	есть	нет	
Рак легкого			
аденокарцинома (74)	53	21	1,0
мелкоклеточный (64)	59	5	4,7 (2,51—8,70)
плоскоклеточный (195)	183	12	6,0 (3,50—10,42)
другие формы (40)	33	7	1,9 (0,93—3,76)
Рак желудка			
аденокарцинома (153)	51	102	1,0
другие формы (79)	18	61	0,6 (0,28—1,23)
Рак предстательной железы			
аденокарцинома (122)	40	82	1,0
другие формы (142)	47	95	1,0 (0,58—1,96)
Рак шейки матки			
аденокарцинома (19)	0	19	1,0
плоскоклеточный (244)	18	226	3,0 (0,17—54,08)
другие формы (32)	1	31	1,2 (0,02—63,39)

^a В скобках указано число больных.

форм рака представлена в табл. 6. При этом риск развития аденокарциномы у курящих принят за единицу. Согласно представленным данным, ОР развития у курящих мелкоклеточного рака легких в 4,7 раза, а плоскоклеточного рака легких в 6 раз достоверно больше, чем риск развития аденокарциномы легких. Риск развития плоскоклеточного рака шейки матки у курящих также в 3 раза выше, чем аденокарциномы шейки матки, однако последние данные статистически не достоверны. В отношении других форм рака существенных различий по анамнезу курения у больных с разными гистологическими типами опухолей не выявлены.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ретроспективный анализ историй болезни больных со злокачественными новообразованиями дает возможность объективно изучить характер связи ТК с риском

развития их различных форм. Результаты настоящего исследования еще раз подтвердили, что характер связи ТК с риском развития различных форм рака при разных гистологических типах опухолей, а также у мужчин и женщин существенно различается. У мужчин, как и следовало ожидать, наиболее высокая частота курения в анамнезе отмечена среди больных раком легкого (92,4%). Несколько меньше доля куривших была среди больных раком мочевого пузыря и гортани (78,1 и 74% соответственно) и существенно ниже — среди больных раком желудка (42,7%), раком поджелудочной железы (31%) и раком предстательной железы (32,2%). Приведенные данные еще раз подтверждают, что роль ТК в развитии различных форм рака существенно различается. При этом наиболее выраженная причинная связь наблюдается между ТК и риском развития рака легкого [8]. Это обусловлено тем, что 80% табачной смолы из табачного дыма остается в респираторном тракте курильщика [6]. В результате 85—95% всех случаев рака легкого у мужчин этиологически связаны с ТК [7; 8].

Среди женщин с разными формами злокачественных новообразований доля лиц с наличием ТК в анамнезе была в несколько раз ниже, чем у мужчин. Так, доля куривших среди женщин, больных раком легкого, составила 10%, больных раком желудка — 7,1%, раком молочной железы — 6,3%, раком шейки матки — 6,4%. В группах женщин, больных раком поджелудочной железы, раком гортани и раком мочевого пузыря, курение в анамнезе отсутствовало. Низкий процент куривших среди женщин, у которых формы рака этиологически были связаны с ТК, прежде всего, обусловлен низкой распространенностью ТК среди соответствующей возрастной когорты женщин в популяции. В условиях низкой распространенности ТК у женщин в онкогенезе большую роль могут играть другие этиологические и канцерогенные факторы, кроме ТК. В этом отношении показательно, что среди никогда не куривших риск развития рака легких выше у женщин [10]. В то же время установлено, что с увеличением распространения ТК среди женщин в популяции закономерно через определенный период происходит увеличение и заболеваемости, и смертности от рака легкого среди женщин [2; 11; 12].

Частота выявления в анамнезе второй вредной привычки — употребления алкоголя изучалась также по стандартным записям в историях болезни, которые, как правило, не позволяют дать объективную оценку типа и количества употребляемого алкоголя. Поэтому полученные оценки имеют приблизительный и общий характер.

Согласно результатам настоящего исследования, частота употребления алкоголя в анамнезе у мужчин со злокачественными новообразованиями была заметно ниже, чем частота ТК. Только в группах больных раком желудка и раком предстательной железы доля лиц, употреблявших алкоголь, была несколько больше, чем доля лиц с ТК в анамнезе. При этом наибольшее число мужчин с курением и употреблением алкоголя в анамнезе отмечалось в одних и тех же группах больных раком легкого, раком мочевого пузыря, раком гортани и раком желудка, что, по-видимому, обусловлено определенной взаимосвязью этих привычек в поведенческих стереотипах.

Среди всех женщин со злокачественными новообразованиями доля употреблявших алкоголь составила всего 1,3%. Таким образом, в анамнезе больных со злокачественными новообразованиями фактор ТК был выражен более заметно, чем фактор употребления алкоголя.

Наиболее наглядные и достоверные данные о связи ТК с риском развития различных форм злокачественных новообразований получены при расчете ОР развития отдельных форм рака в зависимости от ТК. При этих расчетах за условный контроль была взята группа больных с формой рака, которая этиологически не связана с ТК, в частности рак предстательной железы у мужчин и рак молочной железы у женщин [13]. Полученные данные показывают, что ТК в анамнезе достоверно увеличивало риск развития у мужчин рака легкого в 26 раз, рака гортани — в 6 раз, рака мочевого пузыря в 7,5 раза, рака желудка — только в 1,6 раза. У женщин в связи с ТК отмечено только небольшое и недостоверное увеличение ОР развития рака легкого в 1,6 раза и рака гортани в 1,9 раза.

По результатам настоящего исследования была установлена выраженная и достоверная связь риска развития рака легкого и гортани с интенсивностью и продолжительностью ТК в анамнезе. При этом риск развития обеих форм рака зависел от продолжительности в большей степени, чем от интенсивности ТК. Это подтверждает дозозависимость риска развития этих форм рака от ТК, что является убедительным доказательством этиологической значимости ТК в отношении соответствующих форм злокачественных новообразований [12; 14].

В предыдущих исследованиях уже отмечалось, что связь ТК с риском развития рака легкого [15], рака пищевода [16] и рака шейки матки [17] может существенно отличаться в зависимости от гистологического типа опухоли. При этом связь ТК с риском развития аденокарциномы по сравнению с другими типами опухолей была минимальная или отсутствовала. Результаты настоящего исследования подтверждают эту закономерность. В частности, риск развития у курящих мелкоклеточного и плоскоклеточного рака легкого был во много раз выше, чем риск развития аденокарциномы. Аналогично в группе больных раком шейки матки связь ТК с риском развития плоскоклеточного рака была заметно более выражена, чем с риском развития аденокарциномы.

Таким образом, связь развития различных форм злокачественных новообразований и их гистологических типов с ТК неоднозначна и нуждается в дальнейшем исследовании для понимания причин и условий развития этих новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М. Здоровье или табак: цифры и факты // Официальное изд. Всерос. Нац. Форума «Здоровье или табак». — М., 2007.
2. Курение основная причина высокой смертности россиян / Заридзе Д. Г., Карпов Р. С., Киселева С. М., Конобеевская И. Н., Мень Т. Х., Шайн А. А., Шикман С. М. // Вестн. РАМН. — 2002. — № 9. — С. 40—45.
3. Синопальников А. И., Клячкина И. Л. Табакокурение — фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких // Матер. конф. «Табакокурение — проблема XXI века». — М., 2006.
4. Ezzati M., Lopez A. D. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000 // Tobacco Control. — 2004. — Vol. 13, N 4. — P. 388—395.
5. Mortality from smoking in developed countries, 1950—2000 / Peto R., Lopez A., Boreham J., Thun M., Heath C. — Oxford University Press, 1994.
6. International Agency for Research on Cancer / IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans // Tobacco Smoking. — IARC, Lyon, France, 1986. — Vol. 38. — P. 421.
7. Заридзе Д. Г. Эпидемиология и этиология злокачественных новообразований. В кн.: Канцерогенез / Под ред. Д. Г. Заридзе. — М.: Научный Мир, 2000. — С. 21—25.
8. Левшин В. Ф., Заридзе Д. Г. Табак и злокачественные новообразования // Вопр. онкол. — 2003. — Т. 49, № 4. — С. 391—400.
9. Tobacco smoke and bladder cancer — in the European prospective investigation into cancer and nutrition / Bjerregaard B. K., Nielsen O. R., Sorensen M., Fredenksen K., Christensen J., Tjonneland A., Chapelon K. // Int. J. Cancer. — 2006. — Vol. 119, N 10. — P. 2412—2416.
10. Cigarette smoking and subsequent risk of lung cancer in men and women / Freedman N. D., Leitzmann M. F., Hollenbeck A. R., Schatzkin A., Abnet C. // Lancet Oncol. — 2008. — Vol. 9, N 7. — P. 649—656.
11. Левшин В. Ф., Радкевич Н. В. Исследование курительного поведения женщин // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2007. — № 4. — С. 34—40.
12. Disease burden of adult lung cancer and ischaemic heart disease from passive tobacco smoking in China / GanQuan, Smith K., Hammond S., Teh-wei Hu. // Tobacco Control. — 2007. — Vol. 16. — P. 417—422.
13. Prostate cancer risk and diet, physical activity and smoking / Darlington G. A., Kreiger N., Lightfoot N., Purdham J., Sass-Kortsak A. // Chronic Dis. Can. — 2007. — Vol. 27, N 4. — P. 145—153.
14. Kaufman D. W., Palmer J. R., Rosenberg L. Tar content of cigarettes in relation to lung cancer // Am. J. Epidemiol. — 1989. — Vol. 129. — P. 703—711.
15. The Tobacco Atlas. — Second edition. — American Cancer Society, 2006.
16. Comparison of aspects of smoking among the four histological types of lung cancer / Kenfield S. A., Wei E. K., Stampfer M. J., Rosner B. A., Colditz G. A. // Tobacco Control. — 2008. — Vol. 17. — P. 198—204.
17. Associations of duration, intensity and quantity of smoking with adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the esophagus / Pandeya N., Williams G. M., Sadhegi S., Green A. C., Webb P. M., White-man D. C. // Am. J. Epidemiol. — 2008. — Vol. 168, N 1. — P. 105—114.
18. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer // Int. J. Cancer. — 2006. — Vol. 118, N 6. — P. 1481—1495.

Поступила 18.07.2008

Eduard Alexeyevich Mikhailov¹, Vladimir Filippovich Levshin²,
Alla Nikolaevna Goryacheva³, Lidia Petrovna Tsybulina⁴

STUDY OF SMOKING HISTORY IN CANCER PATIENTS

¹ MD, PhD, DSc, Leading Researcher, Department for Coordination and Implementation of Experience in the Diagnosis and Treatment of Cancer in RF Health Institutions, Centralized Research and Management Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS

(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

² MD, PhD, DSc, Head, Department for Efficacy Assessment and Application of Tumor Prevention Methods, Carcinogenesis Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS

(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

³ MD, Researcher, Department for Efficacy Assessment and Application of Tumor Prevention Methods, Carcinogenesis Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS

(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

⁴ Leading Document Control Specialist, Department for Coordination and Implementation of Experience in the Diagnosis and Treatment of Cancer in RF Health Institutions, Centralized Research and Management Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS

(24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)

Address for correspondence: Levshin Vladimir Filippovich, Department for Efficacy Assessment and Application of Tumor Prevention Methods, Carcinogenesis Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: lev@crc.umos.ru

The purpose of this study was to analyze relationship of smoking to the risk of various cancer types. Histories of 2070 patients with most common cancer types were analyzed. As demonstrated by retrospective assessment of cancer patients' histories, the factor of smoking was more marked than the factor of alcohol consumption. In men proportion of smokers (92.4%) was the highest among patients with lung cancer. The second and third highest proportions of smokers were found among patients with cancer of the bladder and larynx (78.1 and 74% respectively), while there were much less smokers among patients with other types of cancer, e. g. a history of smoking was detected in 42.7% of gastric cancer, 31% of pancreatic cancer and 32.3% of prostate cancer cases. In women proportion of smokers was several-fold lower than in men. For instance, 10% of lung cancer, 7.1% of gastric cancer, 6.3% of breast cancer and 6.4% of cervical cancer patients had a history of smoking. Among smokers the risk of small-cell and squamous-cell carcinoma was several-fold higher than the risk of adenocarcinoma. Similarly, in cervical cancer patients relationship between smoking and squamous-cell carcinoma was stronger than between smoking and adenocarcinoma.

Key words: cancer, smoking, case history, relative risk.