

Михаил Иванович Давыдов¹, Ирина Михайловна Шестопалова²,
Сергей Семенович Герасимов³, Людмила Егоровна Комарова⁴

ВОЗМОЖНОСТИ ИЗЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

¹ Академик РАН и РАМН, профессор, г. м. н., директор РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, заведующий
торакоабдоминальным отделом НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² К. м. н., заведующая отделением функциональной диагностики и госпитальной терапии НИИ
клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ К. м. н., научный сотрудник, хирургическое торакальное отделение торакоабдоминального отдела
НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

⁴ Д. б. н., заведующая научно-организационным отделением НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, отделение функциональной
диагностики и госпитальной терапии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН,
Шестопалова Ирина Михайловна; e-mail: shim68@mail.ru

Согласно данным статистики, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания являются наиболее частыми причинами летальных исходов. Несмотря на тенденцию к улучшению состояния онкологической помощи, показатель годичной выживаемости больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации при сопутствующей ишемической болезни сердца соответствует лишь $8 \pm 5\%$. Эффективная терапия в отношении ишемической болезни сердца и выполнение радикальных операций по поводу злокачественной опухоли позволяют многократно улучшить результаты хирургического лечения.

В РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 2002—2008 гг. проведено лечение страдавших ишемической болезнью сердца 500 больных в возрасте от 43 до 83 лет (78,7% мужчин и 21,3% женщин) со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации. В анализируемой группе радикальное хирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей и терапевтическое — по поводу ишемической болезни сердца проведено больным раком легкого ($n = 239$), пациентам с метастазами в легких ($n = 27$), а также больным раком пищевода ($n = 79$), желудка ($n = 108$), толстой кишки ($n = 47$). Частота местнораспространенных опухолей составила 50,1%. Предоперационная терапевтическая подготовка предполагала назначение β -адреноблокаторов, статинов или фибратов, антитромбоцитарных препаратов. По показаниям проводили лечение сердечной недостаточности, аритмий и тяжелой коронарной болезни. Частота этих осложнений ишемической болезни сердца составила 20,6, 17,0 и 8,8% соответственно. Комплекс лечебных мероприятий дополняли рациональной психотерапией как основой коррекции тревожно-депрессивного синдрома, выраженного в различной степени у $1/3$ — $1/2$ пациентов; в 16,4% случаев это состояние обусловило необходимость специальных занятий с психологом.

Радикальное хирургическое и терапевтическое лечение злокачественных новообразований торакоабдоминальной локализации и сопутствующей ишемической болезни сердца позволило добиться продолжительности жизни более 12 мес у 214 (64,8%) больных, что как минимум восьмикратно превосходит ожидаемую продолжительность жизни. Следует отметить, что из 500 получавших лечение больных кроме 214 пациентов, переживших 1 год, еще 187 выбыли либо продолжают наблюдаться, не дожив до годичного контрольного срока.

Из числа пролеченных больных 34,0% переживают 1 год после радикального хирургического и терапевтического лечения без признаков онкологического и кардиологического заболеваний, что соответствует показателю годичной излеченности от этих недугов.

Ключевые слова: продолжительность жизни, злокачественные новообразования торакоабдоминальной локализации, ишемическая болезнь сердца.

Злокачественные новообразования торакоабдоминальной локализации характеризуются значительной (до 95%) [1] летальностью (отношение числа умерших к числу диагностированных в течение 1 года). Несмотря на тенденцию к улучшению состояния онкологической помощи, летальность на первом году после установления диагноза остается высокой, составляя 85—95% при раке желудка, легкого, пищевода [2]. Таким образом, годичная выживаемость больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации не превышает 5—15%.

С учетом того, что летальность ишемической болезни сердца (ИБС) составляет около 2% и от ее осложнений — 20%, представляется, что в сумме годичная выживаемость составит $8 \pm 5\%$.

Применение должной диагностики, а также современных хирургических и терапевтических методов лечения можеткратно увеличить выживаемость этого контингента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В РОНЦ в 2002—2008 гг. проведено лечение страдавших ИБС 500 больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации. Возраст пациентов колебался от 43 до 83 лет; соотношение мужчин и женщин составило 8 : 2 (78,7 и 21,3%). В анализируемой группе радикальное хирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей и терапевтическое по поводу ИБС проведено больным раком легкого ($n = 239$), пациентам с метастазами в легких ($n = 27$), а также больным раком пищевода ($n = 79$), желудка ($n = 108$), толстой кишки ($n = 47$). Частота местнораспространенных опухолей составила 50,1% (табл. 1).

Во всех случаях диагноз подтвержден морфологически. Структура опухолей указана по Международной классификации онкологических болезней; МКБ-О (ВОЗ, 1976; 1995) [3]. При немелкоклеточном раке легкого плоскоклеточный рак диагностирован в 163 (65,5%) случаях, железистый (аденокарцинома) — в 86 (34,5%). При раке пищевода преобладал плоскоклеточный рак (77; 97,5%), при раке желудка и толстой кишки — аденокарцинома (94 и 98% соответственно).

Пневмонэктомия выполнена 110 (46,0%) больным, органосохраняющие операции — 129 (54,0%): лобэктомия — у 112 (46,9%), клиновидная резекция легкого — у 17 (7,1%). Среди 27 операций по поводу метастазов в легких были 23 органосохраняющие (резекция легких, лобэктомия) и 4 пневмонэктомии. По поводу рака пищевода выполнены одномоментные субтотальные резекции с формированием пищеводно-желудочного (кишечного) анастомоза в куполе правого гемиторакса (по Lewis, 1945); среди них 9 (11,4%) комбинированные — с резекцией прилежащих анатомических образований средостения. При раке желудка выполнены 101 (94,4%) гастрэктомия и 7 (5,6%) субтотальных резекций желудка. Хирургические вмешательства по поводу рака толстой кишки в объеме гемиколэктомии выполнены 25 (53,2%), экстирпации прямой кишки — 22 (46,8%) пациентам.

Диагноз ИБС как сопутствующего заболевания был установлен в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) [4]; в том числе подтвержден положительным нагрузочным тестом (табл. 2).

Неотъемлемой характеристикой выраженности ИБС стали факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, отмеченные во всех без исключения случаях. Их определение проведено в соответствии с рекомендациями ВНОК [4]: дислипидемия в 11,4% случаев, сахарный диабет — в 7,9%, артериальная гипертензия — в 7,3%. У 201 (40,1%) пациента было выявлено сочетание 3—5 факторов риска. Кроме того, у онкологических больных выявлены дополнительные факторы риска кардиологических осложнений: повышенный уровень тревоги определялся у каждого второго пациента (58,7%), депрессивное состояние — у каждого третьего (32,8%). В анализируемой группе преобладали пожилые больные (66,0%), нередко курильщики (39,8%), пациенты с избыточной массой тела (39,5%). У 34,8% больных ИБС была диагностирована впервые, в том числе выявлена высокая частота прогностически неблагоприятных вариантов ИБС: безболевая (30,5%), тяжелая, с сердечной недостаточностью III—IV функционального класса (ФК) по классификации NYHA (8,8%). На основании данных анамнеза и анализа медицинской документации у 19,3% больных подтвержден постинфарктный кардиосклероз. Клиническую характеристику анализируемых 103 (20,6%) онкологических больных с сопутствующей ИБС отягощала хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I—III ФК по классификации NYHA. Диагностику ХСН проводили в соответствии с рекомендациями АСС / АНА [5].

Пациенты характеризовались сниженной толерантностью к физической нагрузке (расстояние, проходимое при проведении теста с 6-минутной ходьбой, составило $426,9 \pm 21,3$ м). При этом оценивали как основные жалобы, так и выраженность объективных симптомов ХСН в баллах. Средняя сумма баллов по Шкале оценки клинического состояния для анализируемой группы составила $5,6 \pm 0,1$, что подтвердило скудность клинической картины (проявлявшейся лишь одышкой при физической нагрузке, пастозностью или периферическими отеками) и позволило выявить симптомы ХСН I, II и III ФК у 11,6, 4,0 и 5,0% пациентов соответственно. Таким образом, в анализируемой группе отмечалась ассоциируемая с высокой смертностью сердечно-сосудистая патология, которая оставалась практически бессимптомной и была диагностирована лишь с применением инструментальных методов диагностики.

Предоперационная подготовка больных с сочетанными онкологическими и кардиологическими заболеваниями предполагала назначение β -адреноблокаторов, направленных на профилактику ишемии миокарда, нормализацию артериального давления и ритма сердца; статинов или фибратов, нормализующих уровень холестерина; антитромбоцитарных препаратов, улучшающих реологические свойства крови. Кроме того, по показаниям проведены лечение ХСН, устранение аритмий и стенозов коронарных артерий. По данным исследования, необходимость лечения сердечной недостаточности воз-

Таблица 1

Распространенность опухолевого процесса в анализируемых наблюдениях^а

Локализация опухоли	Число наблюдений, абс.				
	всего	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Рак легкого	239 (47,8)	61 (25,5)	72 (30,2)	100 (41,8)	6 (2,5)
Рак пищевода	79 (15,8)	3 (3,8)	25 (31,6)	44 (55,7)	7 (8,9)
Рак желудка	108 (21,6)	9 (8,3)	27 (25,0)	58 (53,7)	14 (13,0)
Рак толстой кишки	47 (9,4)	4 (8,5)	15 (31,9)	23 (48,9)	5 (10,7)
Метастазы в легких	27 (5,4)	—	—	—	—
Всего	500 (100)	77 (15,4)	139 (27,8)	225 (45,0)	32 (6,4)

^а В скобках указаны проценты.

никала у больных ИБС в 20,6% случаев, нарушения ритма сердца — в 17,0%, показания к устранению стенозов коронарных артерий имелись у 8,8% пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий дополняли рациональной психотерапией как основной коррекции тревожно-депрессивного синдрома, выраженного в различной степени практически у всех 500 наблюдавшихся больных. Однако в 16,4% случаев тревога и депрессия оказались выраженными столь значительно, что потребовались специальные занятия с психологом по специальной методике [6].

Общую выживаемость определяли от дня операции до окончания срока исследования (31.12.2008), либо до потери связи с больным, либо до летального исхода. Безрецидивную выживаемость рассчитывали от начала лечения до выявления прогрессирования опухолевого процесса или проявлений ИБС. При оценке продолжительности жизни выжившими (или «цензурированными», т. е. незавершенными, неполными наблюдениями) считали больных, связь с которыми была потеряна, а также больных, наблюдавшихся на день окончания исследования, но еще не доживших до контрольного годовичного (3- и 5-летнего) срока.

Выживаемость определяли как по фактическим данным, так и актуарным методом, по таблицам дожития [7; 8].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургические осложнения выявлены у 41 (8,2%) больного: послеоперационные кровотечения — у 16 из 500 (3,1%), несостоятельность культи бронха — у одного из 266 (0,4%) перенесших операции на легких, поддиафрагмальные абсцессы — у 4 из 234 (1,7%), проявления кишечной (спаечной) непроходимости и несостоятельности анастомозов — по 3 из 234 (1,3%). Хирургические осложнения устраняли с помощью экстренных операций, в том числе с применением торако- и/или лапароскопии, в результате дренирования гнойных полостей под контролем

средств визуализации и др. Летальных исходов от хирургических осложнений в анализируемой группе не было (0/41; $0,0 \pm 3,0\%$).

Развившиеся у 140 (28,0%) пациентов терапевтические осложнения характеризовались проявлениями сопутствующей ИБС у 130 (26,0%) и послеоперационной дыхательной недостаточностью, прежде всего пневмонией, — у 54 (10,8%) больных. Таким образом, терапевтических, прежде всего сердечно-сосудистых, осложнений, было больше ($p < 0,05$), чем хирургических. В структуре терапевтических осложнений преобладали сердечно-сосудистые: нарушения ритма (44; 8,8%), инфаркт миокарда (47; 9,4%), острая послеоперационная сердечная недостаточность (19; 3,8%), нарушения мозгового кровообращения (14; 2,8%), тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей (6; 1,2%). Пневмония ухудшала течение послеоперационного периода в 35 из 54 (7%) случаев, сепсис — в 9 из 54 (1,8%). Послеоперационная дыхательная недостаточность выявлена у 10 из 54 (2,0%) больных.

Необходимо подчеркнуть, что послеоперационные сердечно-сосудистые осложнения стали причиной смерти 29 (5,8%) больных анализируемой группы.

Как отмечено выше, годовичная выживаемость больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации, по данным статистики, не превышает 5—15%. Однако с учетом 2% летальности от ИБС и 20% летальности от осложнений ишемии миокарда [9] очевидна возможность уменьшения этого показателя до 3—13%, т. е. рассчитываемая по статистическим данным выживаемость соответствует $8 \pm 5\%$. Очевидна сложность сопоставления этого показателя с данными литературы, поскольку научные публикации ограничены лишь отдельными случаями успешного хирургического (и терапевтического) лечения [10—13]. Тем более интересен опыт РОНЦ, который характеризуется возросшими возможностями радикального хирургического лечения, реанимационно-анестезиологического обеспечения, должной терапевтической подготовкой. Это

Таблица 2

Характеристика сопутствующей ИБС в группе из 500 больных злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации

Параметры	Общее число наблюдений	
	абс.	%
Данные опроса		
бессимптомная ИБС, класс 0 ^a	254	50,8
стенокардия в анамнезе	246	49,2
класс I—II	151	30,2
класс III—IV	95	19,0
инфаркт миокарда давностью более 3 мес	97	19,4
реваскуляризация миокарда в анамнезе	20	4,0
аритмия и/или обмороки в анамнезе	51	10,2
Психосоциальные факторы		
тревога	294	58,7
депрессия	164	32,8
злостное курение	199	39,8
семейная предрасположенность	112	22,4
Данные осмотра		
состояние по ШОКС	5,6 ± 0,1 балла	
периферические отеки	25	5,0
гепатомегалия	5	1,0
артериальная гипертония	37	7,3
избыточная масса тела (ИМТ > 25 кг/м ²)	199	39,8
пожилой возраст (старше 60 лет)	329	65,8
Лабораторные исследования		
нарушения углеводного обмена	40	8,0
дислипидемия	57	11,4
Наличие 3 факторов риска и более	201	40,1

ИМТ — индекс массы тела; ШОКС — шкала оценки клинического состояния.

^a Выраженность стенокардии определяется по классификации Канадского кардиологического общества: класс 0 — бессимптомная ИБС; класс I — приступы стенокардии возникают при тяжелой физической нагрузке; класс II — приступы возникают при умеренной физической нагрузке; класс III — приступы возникают при обычной ходьбе на расстояние 1—2 кварталов или при подъеме по лестнице на 1 этаж или менее в нормальном темпе; класс IV — приступы возникают при любой физической активности.

позволило существенно превзойти годовичную выживаемость, определенную по данным о естественном течении заболевания и результатам оказания медицинской помощи в соответствии с действующими стандартами.

Так, при непосредственной летальности 5,8% пережили контрольный срок (1 год) 214 из 500 (42,8%) больных анализируемой группы. Однако по состоянию на 31.12.2008 г. 187 пациентов расценивались как выбывшие, в том числе оставшиеся под наблюдением, еще не дожив до данного контрольного срока. Таким образом, без учета выбывших годовичная выживаемость соответствует 68,4% — живы 214 из (500 — 187) больных, т. е. в 8 раз превосходит выживаемость, рассчитанную с учетом летальности при онкологическом и сопутствующем кардиологическом заболеваниях. С учетом возможности дожития 187 выбывших больных актуарияльная [7; 8] годовичная выживаемость достигает 75% [14]. Наблюдение больных злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации и сопутствующей ИБС, проживших более 3 и 5 лет после радикального хирургического и эффективного терапевтического лечения, подтверждает возможность длительного продления жизни при данной сочетанной патологии.

Следует отметить, что из 214 больных, переживших 1 год, у 28 отмечены признаки прогрессирования опухоли, в том числе у 8 — с проявлениями ИБС, а еще у 16 наблюдались симптомы ИБС в отсутствие признаков прогрессирования опухоли.

Таким образом, у 170 больных через год после окончания лечения по поводу сочетанной патологии не было проявлений ни онкологического, ни кардиологического заболевания.

Соотношение 170/500 (34,0%), а без учета выбывших — 170/313 (54,3%) соответствует однолетней излеченности, т. е. каждый 3-й (каждый 2-й) больной с сочетанными онкологическими и кардиологическими заболеваниями в результате лечения по поводу указанных заболеваний переживает 1 год без признаков онкологической и кардиологической патологии.

ВЫВОДЫ

Радикальное хирургическое и терапевтическое лечение больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации и сопутствующей ИБС позволяет добиться годовичной общей выживаемости 64,8—75,0%, что как минимум в 8 раз превосходит ожидаемую продолжительность жизни при естественном течении сочетанных заболеваний и лечении общепринятыми методами традиционной терапии.

Каждый 3-й (каждый 2-й), т. е. 34,0—54,3% из числа пролеченных больных со злокачественными новообразованиями торакоабдоминальной локализации и сопутствующей ИБС, переживает 1 год после радикального хирургического и терапевтического лечения без признаков онкологических и кардиологических заболеваний, что соответствует годовичной излеченности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Стилиди И. С. Рак пищевода. — М., 2007. — С. 13.
2. Аксель Е. М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина

РАМН. — 2007. — Т. 18, № 2. — С. 8—9.

3. Международная классификация онкологических болезней МКБ-О. ВОЗ. — 1995. — 112 с.

4. Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2004.

5. ACC/AHA 2005. Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in adults — Summary article // J. Am. Coll. Cardiol. — 2005. — Vol. 46, N 6. — P. 1116—1144.

6. Шестопалова И. М., Ткаченко Г. А. Прогностическое влияние тревоги и депрессии на исход хирургического лечения онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2008. — Т. 19, № 3. — С. 75—78.

7. Оценка надежности расчетов выживаемости по таблицам дожития (Сравнение актуаральных и фактических показателей) / Волков С. М., Арион А. И., Ахметов М. Ш., Кулиш В. Л., Нормантович В. А. // Рос. онкол. журн. — 2000. — № 1. — С. 35—37.

8. Актуаральные расчеты выживаемости (определение продолжительности жизни с учетом дожития) / Волков С. М., Арион А. И., Ахметов М. Ш., Кулиш В. Л., Нормантович В. А. // Анналы (издание Московского онкологического общества). — 1998. — № 1. — 143 с.

9. Оганов Р. Г., Фомина И. Г. Болезни сердца: руководство для

врачей. — М., 2006. — С. 383; 1237.

10. Effects of atenolol on mortality and cardiovascular morbidity after noncardiac surgery. The Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group / Mangano D. T., Layug E. L., Wallace A., Tareo I. // N. Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 335. — P. 1713—1720.

11. DeBakey M. E., Lawrie G. M. Combined coronary artery and peripheral vascular disease: recognition and treatment // J. Vasc. Surg. — 1984. — Vol. 1. — P. 605—607.

12. Risk of major elective operation after myocardial revascularization / Nielsen J. L., Page C. P., Mann C., Schwesinger W. H., Fountain R. L., Grover F. L. // Am. J. Surg. — 1992. — Vol. 164. — P. 423—426.

13. Risk of noncardiac operation in patients with defined coronary disease: The Coronary Artery Surgery Study (CASS) registry experience / Foster E. D., Davis K. B., Carpenter J. A., Abele S., Fray D. // Ann. Thorac. Surg. — 1986. — Vol. 41. — P. 42—50.

14. Шестопалова И. М. Определение продолжительности жизни в группах больных со значительной пропорцией вероятностных данных // Вестн. Моск. онкол. о-ва. — 2008. — №12. — С. 7.

Поступила 30.07.2009

*Mikhail Ivanovich Davydov¹, Irina Mikhailovna Shestopalova²,
Sergey Semenovitch Gerasimov³, Lyudmila Egorovna Komarova⁴*

PROSPECTS FOR CURE IN CASES WITH CONCOMITANT THORACOABDOMINAL CANCER AND ISCHEMIC HEART DISEASE

¹ *Academician of RAS and RAMS, Professor, MD, PhD, Director, N. N. Blokhin RCRC RAMS, Head, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)*

² *MD, PhD, Head, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)*

³ *MD, PhD, Researcher, Surgical Thoracic Unit, Thoracoabdominal Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)*

⁴ *MD, DSc, PhD, Head, Research Organization Department, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation)*

Address for Correspondence: Shestopalova Irina Mikhailovna, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, 115478, Russian Federation; e-mail: shim68@mail.ru

According to statistical reports, cardiovascular diseases and cancer are most common causes of death. In spite of an improving trend in cancer care 1-year survival of patients with concomitant thoracoabdominal cancer and ischemic heart disease is $8 \pm 5\%$ only. Efficient therapy for ischemic heart disease and definitive surgery for cancer improve by several times outcomes of surgical treatment.

A total of 500 patients aged 43 to 83 years (78.7% of men and 21.3% of women) with thoracoabdominal cancer and ischemic heart disease were managed at the N. N. Blokhin RCRC during 2002 through 2008. Definitive surgical treatment for cancer and therapy for ischemic heart disease were given to patients with lung cancer ($n = 239$), lung metastases ($n = 27$), esophageal ($n = 79$), gastric ($n = 108$) and colonic ($n = 47$) cancers. Cases with locally advanced tumors were 50.1%. Preoperative therapy included β -adrenoblockers, statins or fibrates, antithrombotics. Treatment for heart failure, arrhythmia and severe coronary disease was given as indicated. Frequency of these complications of ischemic heart disease was 20.6, 17.0 and 8.8% respectively. The treatment was supplemented with rational psychotherapy as the principal correction modality for anxiety – depression syndrome manifested by a various degree in one third to half of the patients; in 16.4% of cases this state required special psychologist's support.

As a result of definitive surgical and therapeutic treatment for concomitant thoracoabdominal cancer and ischemic heart disease 214 (64.8%) patients survived one year, the rate being at least eight-fold as high as the respective life expectancy. Note that beside the 214 one-year survivors, another 187 of the 500 patients receiving treatment were lost to or continue under follow-up for less than 1 year.

A total of 34.0% of study patients are surviving one year following definitive surgery and therapeutic treatment free from evidence of cancer or heart disease, i. e. may be considered cured from the diseases in question for a one-year period.

Key words: survival, thoracoabdominal cancer, ischemic heart disease.