

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков В. Н., Теньков А. А. В кн.: Вопросы морфологии и патологии опорных тканей. Барнаул, 1971. — 2. Люсов В. А., Белоусов Ю. В., Грачева А. И., То Нам Зен, Королева С. А. Кардиология, 1973, 12. — 3. Маркосян А. А. Физиология тромбоцитов. Л., 1970. — 4. Мачабели М. С. Коагулопатические синдромы. М., 1970. — 5. Соболев И., Шелл У. В кн.: Инфаркт миокарда. М., «Мир», 1975.

Поступила 15 марта 1977 г.

УДК 616.24—006.6—089.152:616—08—039.73

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Р. Ш. Шагидуллин

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. Проведено лечение 334 больных, страдавших раком легкого (большинство — далеко зашедшим), из них 81 — тио-фосфамидом (1-я группа), 159 — им же в сочетании с солями кальция, витамином D₂ и рыбьим жиром (2-я группа) и 94 — средствами симптоматической терапии (контрольная группа). Средняя продолжительность жизни больных, леченных с непосредственным объективным эффектом, во 2-й группе оказалась большей, чем в 1-й и контрольной, что объясняется стимуляцией неспецифической сопротивляемости организма названными антибластогенными препаратами (адаптогенами), ликвидацией дефицита кальция и потенцированием противоопухолевого действия тио-фосфамида.

Бластоматозный процесс сопровождается значительным обеднением организма кальцием, понижением содержания этого электролита в первичном опухолевом очаге по сравнению с тканями, из которых они исходят, а также снижением защитных сил организма-опухоленосителя [2, 3]. Исходя из этого, мы провели клиническое исследование эффективности применения кальция при химиотерапии тио-фосфамидом больных, страдающих раком легкого в далеко зашедших стадиях.

Под нашим наблюдением с 1959 по 1970 г. находились 334 больных. У 320 из них (95,8%) нами были определены III и IV стадии рака легкого и у 14 (отказавшихся от операции) — II стадия (4,2%). У 155 (46,4%) больных диагноз рака легкого верифицирован морфологически, у остальных 179 (53,6%) он установлен на основании совокупности клинических, рентгенологических данных и подтвержден дальнейшим динамическим наблюдением за течением и исходом опухолевого процесса.

Путем «слепого» отбора мы разделили этих больных на 3 группы. Больных 1-й группы (81 чел.) лечили одним тио-фосфамидом, 2-й (159) — тем же препаратом в сочетании с солями кальция, витамином D₂ и рыбьим жиром. Суммарная доза тио-ТЭФа составила в среднем 300 мг. Соли кальция назначали из расчета 12 г сухого вещества в сутки, которые вводили внутривенно в виде 10% раствора хлорида кальция или перорально в виде карбонатов и фосфатов, витамин D₂ давали внутрь по 50 тыс. ед. в сутки, рыбий жир — по 1 ст. ложке 3 раза в день. 94 больных, получавших симптоматическое лечение, составили контрольную (3-ю) группу.

В предыдущих публикациях уже сообщалось о непосредственных результатах лекарственного лечения этих больных [1а, б]. Определяемый непосредственно после лечения клинически и рентгенологически объективный эффект получен во 2-й группе у 40 (25,1±3,44%) больных, в 1-й — у 6 (7,4±2,92%, P<0,05); субъективное улучшение — соответственно у 36,5±3,82% и 33,0±5,24% больных. 5 пациентам (1 — со II стадией из 1-й группы и 4 — с III стадией из 2-й группы) удалось произвести радикальную операцию и 5 — пробную торакотомию. У остальных больных лечение не дало эффекта. Анализ результативности лечения в зависимости от гистологических форм бронхогенного рака показал, что во 2-й группе объективный эффект чаще проявлялся при плоскоклеточном раке, а в 1-й — при мелкоклеточном (соответственно 30,7±9,04% и 25,0±15,32%). При сочетанной химиотерапии объективное и субъективное улучшение состояния больных, как правило, сопровождалось нормализацией или увеличением содержания кальция в сыворотке крови. В дальнейшем больных переводили на поддерживающие курсы химиотерапии.

Продолжительность жизни была прослежена у всех 334 больных и определялась по двум показателям: выживаемости со времени начала лечения и средней продолжительности жизни. Свыше одного года от начала химиотерапии жили 12 человек из 1-й группы (15,0±3,99%) и 45 (29,0±3,64%) из 2-й. Из нелеченных больных столько же прожили лишь 7 человек из 94 (7,5±2,72%). Более двух лет жили в 1-й группе 3 (3,7±2,1%) больных, во 2-й — 15 (9,0±2,29%), а из больных, предоставленных естественному течению болезни, — 4 (4,2±2,04%). Средняя продолжительность жизни боль-

ных, диагнозы которых установлены микроскопическим исследованием, в 1-й группе составила $6,6 \pm 0,1$ мес., во 2-й — $11,1 \pm 0,04$ мес. ($P < 0,05$) и в 3-й — $4,5 \pm 0,6$ мес., а больных, у которых диагнозы не были морфологически верифицированы, — соответственно $9,5 \pm 0,01$; $10,3 \pm 0,02$ ($P < 0,05$) и $5,3 \pm 0,004$ мес. Если суммировать показатели всех больных по лечебным группам, то эти цифры соответственно составят $7,9 \pm 0,04$; $10,8 \pm 0,004$ ($P < 0,05$) и $5,1 \pm 0,004$ мес. Приведенные цифры свидетельствуют, что сочетанная химиотерапия заметно удлиняет жизнь больных, страдающих раком легкого.

Выживаемость свыше 1 года и средняя продолжительность жизни 46 больных раком легкого, у которых был отмечен непосредственный объективный эффект, выше, чем у 189 больных, у которых такой эффект отсутствовал, — соответственно у 21 ($45,6 \pm 2,32\%$) и 36 ($13,7 \pm 2,44$). Средняя продолжительность жизни больных, леченных с непосредственным объективным эффектом, во 2-й лечебной группе выше ($15,8 \pm 0,03$ мес.), чем в 1-й ($8,3 \pm 0,01$ мес., $P < 0,05$). Больные 2-й группы, положительно реагировавшие на химиотерапию, жили в среднем в 3 раза дольше, чем больные, у которых химиотерапия была неэффективной (соответственно $15,8 \pm 0,03$ и $5,5 \pm 0,01$ мес., $P < 0,05$). Это дает возможность в определенной мере прогнозировать длительность жизни больных непосредственно по результатам лечения.

Наибольшая длительность жизни наблюдалась при II стадии. Все 13 больных со II стадией заболевания прожили более одного года от начала лечения, свыше двух лет жили: в 1-й группе — 1 из 1, во 2-й — 6 из 9, в 3-й — все 3. Три года жили во 2-й группе 4 и в 3-й — 3 человека. Пять лет и более прожили лишь 2 больных во 2-й группе. В III стадии заболевания средняя продолжительность жизни больных составила $16,8 \pm 0,01$ мес. во 2-й группе, $17,4 \pm 0,01$ мес. в 1-й ($P < 0,05$) и $9,0 \pm 0$ мес. в 3-й, в IV стадии — соответственно $8,3 \pm 0,1$; $6,8 \pm 0,01$ ($P < 0,05$) и $3,2 \pm 0,001$ мес. Эти же показатели у больных с морфологически не верифицированным диагнозом в III стадии опухолевого процесса были равны соответственно $14,9 \pm 0$; $16,2 \pm 0,1$ ($P < 0,05$) и $8,3 \pm 0,01$ мес., в IV — $8,3 \pm 0,01$; $8,2 \pm 0,001$ ($P < 0,05$) и $2,9 \pm 0,01$ мес.

Во всех трех группах 73 больных с дифференцированными (плоскоклеточной и железистой) формами рака легкого жили дольше, чем 14 больных с недифференцированной формой. Так, свыше 6 месяцев со дня начала лекарственного лечения прожили соответственно $40,5 \pm 4,68\%$ и $7,1 \pm 6,86\%$. Свыше 1 года прожили 14 ($19,1 \pm 4,6\%$) больных с дифференцированными формами, тогда как среди больных с недифференцированными формами бронхогенного рака не было ни одного больного, прожившего больше этого срока. При плоскоклеточном раке более частая выживаемость свыше 1 года отмечена при применении сочетанной химиотерапии ($20,8 \pm 5,11\%$), чем при использовании одного тию-ТЭФа ($18,1 \pm 11,6\%$). Средняя продолжительность жизни больных с плоскоклеточной и железистой формами бронхогенного рака составила $6,2 \pm 0,02$ мес. в 1-й группе, $10,8 \pm 0,62$ мес. во 2-й ($P < 0,05$) и $3,5 \pm 0$ мес. в 3-й. Больные с недифференцированной формой рака легкого, леченные только тию-фосфамидом, прожили в среднем $4,2 \pm 0,1$ мес., больные, получавшие сочетанную химиотерапию, — $2,2 \pm 0,03$ мес. ($P < 0,05$), а симптоматическое лечение — $1,0 \pm 0$ мес.

Лучшие результаты, достигнутые у больных, страдающих раком легкого в далеко зашедших стадиях, при лечении тию-фосфамидом в сочетании с солями кальция, витамином D₂ и рыбьим жиром, мы объясняем стимулирующей неспецифической сопротивляемостью организма-опухоленосителя названными препаратами, ликвидацией дефицита кальция, нормализацией соотношения основных электролитов в тканях и потенцированием противоопухолевого действия тию-ТЭФа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шагидуллин Р. Ш. а) *Вопр. онкол.*, 1963, 9: 6) *Казанский мед. ж.*, 1964, 1. — 2. Шилова А. С. *Вестн. АМН СССР*, 1968, 3. — 3. Fisher B., Saffer E., Fisher E. R. *Cancer*, 1970, 25; 1.

Поступила 17 мая 1977 г.

УДК 618.1—006—07

К ВОПРОСУ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ

В. А. Тумбаев

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра патологической физиологии (зав. — проф. Н. А. Крылова) Казанского ветеринарного института им. Н. Э. Баумана

Реферат. Представлены результаты лабораторно-клинических исследований своротки крови методом полярографии у больных с опухолями гениталий и у практически здоровых женщин. Отмечено различие в высоте обеих волн полярограммы в зависимости от характера течения процесса (доброкачественного или злокачественного).