

АНДРЕЙ  
ПАВЛЕНКО

АННА  
ПАВЛЕНКО

У

История врача-онколога, ставшего пациентом



СЛУЖА  
ДРУГИМ

**Анна Павленко-Гегечкори**  
**Андрей Николаевич Павленко**  
**Служа другим. История врача-**  
**онколога, ставшего пациентом**  
**Серия «Медик.ру»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=62972592](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=62972592)*

*Служа другим. История врача-онколога, ставшего пациентом / Андрей Павленко, Анна Павленко: АСТ; Москва; 2020  
ISBN 978-5-17-119937-1*

### **Аннотация**

За двадцать лет практики известный петербургский врач-онколог и руководитель онкологического центра Клиники высоких медицинских технологий имени Н. И. Пирогова Андрей Павленко провел более двух с половиной тысяч операций. В марте 2018 года Андрей узнал о том, что у него рак желудка третьей стадии. Вместе с благотворительным порталом «Такие дела» он запустил проект «Жизнь человека», где на протяжении года публично рассказывал историю своей болезни. В этой истории стерлась грань между врачом и пациентом. В январе 2020 года Андрея не стало. Андрей вел свою борьбу, просвещая, подробно и спокойно рассказывая правду тем, кто боится болезни, и

тем, кто с ней уже столкнулся. Ставя своей задачей, возможно, стереть страх неизвестности перед опасным недугом. Эта книга – история почти двух лет борьбы с коварным недугом, дополненная воспоминаниями супруги Андрея Анны, рекомендациями врачей и психологов. Но история не окончена – Андрей продолжает путь просвещения через свой дневник в проекте «Жизнь человека» и в этой книге.

# Содержание

От редакции	6
Глава 1	9
Диагноз	9
«Доктор, я умру?»	19
Что такое рак?	25
Как распознать рак?	30
Конец ознакомительного фрагмента.	37

**Андрей Павленко,  
Анна Павленко  
Служа другим. История  
врача-онколога,  
ставшего пациентом**

*Грустить можно, отчаиваться не надо!*  
*Андрей Павленко*

*Данное издание не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.*

© Павленко А., 2019

© Павленко-Гегечкори А., 2020

© Иванова К., фото на обложку, 2020

© ООО «Издательство АСТ», 2020

# От редакции

Работа над этой книгой была начата ровно год назад, когда болезнь Андрея Николаевича на время отступила. К несчастью, она вернулась и не оставила автору возможности самому довести работу до конца.

Эта книга была очень важна для Андрея Павленко, для его семьи и для всех тех людей, которых он вдохновлял своим примером на протяжении двух лет борьбы с недугом. Поэтому издательством вместе с супругой Андрея Анной было принято решение завершить проект и выпустить книгу, дополнив имеющиеся материалы комментариями врачей-онкологов, фрагментами интервью и воспоминаниями Анны.

Выражаем огромную признательность директору информационного портала «Такие дела» Дмитрию Алешковскому, Сергею Карпову, Яне Крыловой, Кристине Кужахметовой и всей команде проекта «Жизнь человека»<sup>1</sup> – благодаря их грандиозной работе со страниц этой книги звучит голос Андрея Николаевича.

Благодарим фотографа Ксению Иванову, на протяжении двух лет фиксировавшую все этапы борьбы Андрея Павлен-

---

<sup>1</sup> Интервью, статьи, аудио- и видеозаписи проекта стали основой этой книги. Все материалы проекта вы можете найти на сайте: <https://cancer.takiedela.ru>

ко и его семьи с их общим врагом.

Благодарим врачей и психологов, которые поделились своим опытом и знаниями с читателями этой книги:

Михееву Юлию Вадимовну, врача-онколога Клиники высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова;

Ласкова Михаила Савельевича – врача-онколога, гематолога;

Балобину Эллу Викторовну, заведующую отделением городского онкологического диспансера Санкт-Петербурга;

Бронникову Светлану Владимировну, клинического психолога, специалиста по работе с травмой;

Гольдман Ольгу Эмильевну, руководителя службы «Ясное утро».

Выражаем благодарность также portalу «Правмир» и Анне Даниловой за предоставленную возможность использовать в книге материалы интервью Андрея Павленко «Для меня стало откровением, что болеть – больно»<sup>2</sup> и Онкологическому информационному сервису ToBeWell и Марии Томич за разрешение поместить в книгу материалы интервью Анны Павленко-Гегечкори «Жена Андрея Павленко о поддержке,

---

<sup>2</sup> Полный текст интервью можно прочитать по ссылке <https://pravmir.ru/onkolog-andrey-pavlenko-dlya-menya-stalo-otkroveniem-chto-bolet-bolno/> В книге далее – Из интервью Андрея Павленко portalу «Правмир». – *Прим. ред.*

любви и о том, как быть женой онкобольного»<sup>3</sup>

Благодарим главного редактора газеты «Согласие» Республики Адыгея Меду Хамедовну Болетову за помощь в подготовке текста книги к изданию.



Грант имени Андрея Павленко:  
**[cancer.takiedela.ru/grant](https://cancer.takiedela.ru/grant)**

---

<sup>3</sup> Полный текст интервью можно прочитать по ссылке <https://tobewell.info/interview/anna-gegechkori-zhena-andreya-pavlenko-opodderzhke-lyubvi-i-o-tom-kak-byt-zhenoy-onkobolnogo/> В книге далее – Из интервью Анны Павленко-Гегечкори Онкологическому информационному сервису ToBeWell. – Прим. ред.



# **Глава 1**

## **Врач и пациент. Март – апрель 2018 года**

### **Диагноз**

**Андрей**

Меня зовут Андрей Павленко. Мне 39 лет. В настоящее время я являюсь руководителем онкологического отделения крупной университетской клиники в городе Санкт-Петербурге. Две с половиной недели назад я узнал, что у меня агрессивная форма рака желудка, и теперь я являюсь самым настоящим онкологическим больным. У меня есть все атрибуты онкологического больного, например, порт для внутривенных инфузий, который установлен под кожу.

Я уже прошел первый курс химиотерапии, у меня есть план лечения, который уже четко обозначен, и я знаю, что будет следующим моим шагом.

По всем существующим стандартам и правилам в настоящее время мне показано проведение химиотерапии. Мы пла-

нируем провести 4 курса, а в дальнейшем решать вопрос о проведении хирургического лечения.

Считайте это хроническим экспериментом. Я хочу, чтобы вы были максимально информированы о своей болезни. Я хочу, чтоб вы знали обо всех возможных осложнениях, которые вас могут ожидать. Я хочу максимально открыто рассказать вам о том, как с ними можно бороться.

**Пациент****Врач***Осень 2017*

Примерно в это время я впервые почувствовал так называемый желудочный дискомфорт, а именно ночные и голодные боли

*15 марта 2018*

Мне проведена эндоскопия (эндоскопия – способ осмотра внутренних органов с помощью эндоскопа)

*16 марта 2018*

Подтверждение диагноза рак

*17 марта 2018*

Мне выполнена стадирующая томограмма

*19 марта 2018*

Принял около 10 больных с онкологической патологией

*20 марта 2018*

Пациент из региона. Признали опухоль неудаимой, выполнил



**Пациент****Врач**

*21 марта 2018*

Выполнил операцию – лапароскопическую низкую резекцию прямой кишки

*22 и 23 марта 2018*

Даю мастер-класс с выполнением показательных лапароскопических операций в онкодиспансере Петрозаводска

*3 апреля 2018*

Провожу показательную операцию в Москве

*5 апреля 2018*

Мой первый курс химиотерапии

*7 апреля 2018*

Оперирую (лапароскопическая резекция прямой кишки)

*9 апреля 2018*

Веду консультации

*13 и 14 апреля 2018*

Вчера оперировал (резекция

**Пациент**

**Врач**

*18 апреля 2018*

К обеду в клинике почувствовал нарастающую слабость. По данным анализов получил осложнение – нейтропения 4-й степени (нейтропения – снижение содержания в крови нейтрофилов (клеток, ответственных за иммунитет против инфекций)).

Вечером был сильнейший озноб и температура 39 °С. Второй курс химиотерапии пока откладывается

*с 19 по 21 апреля 2018*

Трое суток постельного режима

Последние двое суток выдались не очень простыми, учитывая, что у меня случилось довольно серьезное осложнение после химиотерапии. Понедельник был очень насыщенный день. У нас в клинике планировалась лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, и я рассчитывал дать вы-

полнить эту операцию моим молодым коллегам, просто стоя у них за спиной. Все получилось, мне было очень радостно с утра наблюдать за этой работой.

Примерно к обеду поднялась температура – 37,8. Я измерил, сказал ребятам, что мне, наверное, надо эвакуироваться домой, поздравил их с успехом и уехал. Уже в пути меня накрыл жуткий озноб. Я хотел остановиться на обочине, но все-таки доехал до дома, припарковался и, придя домой, упал под два одеяла. Я понял, что это началась *фебрильная нейтропения*, температура была 38,3. Я оперативно связался со своим лечащим доктором, которая рекомендовала начать прием антибиотиков. И я начал принимать.

Температура поднялась до 39,2–39,3. Хотелось думать, что, может быть, в этом огне сгорит хоть часть опухолевых клеток. Знаю, это обывательская мысль, но тем не менее, такая надежда где-то в глубине у меня теплилась. К тому же, оказывается, я довольно неплохо переношу лихорадку, 39,2 для меня – это нормальная температура.

***Фебрильная нейтропения** – внезапное и очень быстрое повышение температуры тела больного выше 38 °С на фоне снижения абсолютного числа циркулирующих в крови нейтрофилов ниже 500/мм<sup>3</sup>. Сопровождается общей слабостью, ознобом, могут наблюдаться дрожь, проливной пот, а также тахикардия и снижение артериального давления, которое может привести к сердечно-сосудистому*

*коллапсу или шоку.*

**Что важно в этот момент для пациента?** Первое – это оперативная связь с доктором, иногда такая ситуация требует немедленной госпитализации. Я четко знал, что мне нужно контролировать пульс, дыхание, выпитое количество воды и то количество воды, которое я выделяю, то есть объем диуреза. Показатели были у меня довольно приличные, то есть, сведя дебет с кредитом, я понял, что признаков никаких органических нарушений у меня нет и я готов продолжить лечение дома.

Часам к 12 ночи температура начала падать. Измерив температуру и увидев цифру 38, я понял, что можно спокойно ложиться спать. На самом деле, мне повезло. Учитывая то, что я довольно часто появлялся у себя на работе, в том числе и в реанимации, у меня были все шансы поймать догоспитальную больничную инфекцию. В такой ситуации пришлось бы бороться другими препаратами.



Последние два дня вел себя как амеба, что для меня абсолютно нехарактерно. Мозг – очень энергозатратный орган, чтобы попытаться максимально сохранить энергию, нужно его минимально задействовать. Понятно, что проводил большую часть времени с сыном и дочками: фильмы смотрели, на улицу не ходил.





Сына хотел давно, всегда хотел сына в принципе. Но дочкам тоже рад, конечно. Это папины дочки, понятно, что они как хвостики. Почему я рад, что сын не появился у меня сразу? Потому что старшая фактически выросла без меня. Пока там период становления и так далее... сложно все было. И она меня видела, наверное, только по вечерам спящим. Есть даже такая фотография у нас в семейном альбоме – когда папа приходил с дежурства, падал и спал, на мне скакала старшая, ей было года 3 или 4, оборачивается – и мама ее в этот момент фотографирует. Вот, это папа в обычном своем состоянии.



Я думаю, что на следующей неделе мне придется бриться. Я к этому готов. У нас в семье все мужчины будут бритые. У нас с женой отцов нет, и из мужчин только мой сын, я и мой деверь, муж моей сестры. Он лысый, сын мой лысый, и я тоже буду лысый. Это будет забавное зрелище.



Больной слышит от доктора о том, что нужна химиотерапия, и, как правило, ассоциирует это с каким-то запущенным заболеванием. И обычно это действительно так, потому что

химиотерапию мы начинаем обычно в ситуации, когда болезнь уже довольно продвинутая, то есть стадия не ранняя. И, безусловно, больного это всегда настораживает и иногда даже заставляет паниковать. Возникают такие вопросы, которые могут возникнуть у любого человека, – насколько все запущено?

## «Доктор, я умру?»

«Доктор, я умру?» – первый вопрос, который приходит в голову, но который **не нужно** задавать доктору, потому что, разумеется, все мы когда-нибудь – рано или поздно – умрем. И это не тот вопрос, который стоит задавать в этой ситуации. Доктор не сможет вам на него ответить или ответит так, как я сейчас. Поэтому правильные вопросы, наверное, должны звучать так.

Первое: «Доктор, а почему мы начинаем лечение именно с химиотерапии?» И врач объяснит, например, что, несмотря на отсутствие отдаленных метастазов, у вас имеется распространение опухоли через всю стенку или признаки увеличения лимфоузлов, которые прилежат к вашей опухоли. И в этой ситуации для того, чтобы достичь наилучших результатов, вам целесообразнее начинать лечение именно с химиотерапии.

Я сейчас говорю о своей ситуации, о раке желудка, где предоперационная, то есть дооперационная химиотерапия является в настоящее время стандартом для определенной стадии заболевания. Поэтому это первый вопрос, который вы должны задать, и вы должны услышать в ответ не «так положено», не «так сейчас принято», а получить развернутое объяснение, в котором доктор обоснует начало лечения именно с химиотерапии.

Мой шанс по большому счету – только в хорошем эффекте от химиотерапии. Я понимаю, что если после четырех курсов (надеюсь, что все-таки мне удастся выдержать именно четыре курса) классической агрессивной химиотерапии опухоль у меня значительно уменьшится и увеличатся шансы на радикальную операцию, тогда у меня появится шанс на *пятилетнюю выживаемость*. Если опухоль отреагирует плохо, либо у меня будет прогрессирование на этой схеме, я осознаю, что дальнейшее хирургическое лечение будет абсолютно бесперспективно. Я для себя также решил, что, пожалуй, в таком случае я откажусь от дальнейшей *паллиативной химиотерапии*. Потому что я бы хотел максимальное количество времени быть в работоспособном состоянии. Я готовил себя к такому тотальному бэкапу. Это произойдет, когда я пойму, что уже никогда не смогу выйти на работу. Такой вариант весьма возможен, и я его реально прогнозирую. Поэтому я уже договорился о возможном приходе химика на постоянной основе в качестве руководителя онкоцентра.

*Пятилетняя выживаемость – условный срок 5 лет, используемый в медицинской статистике, при котором развивается большинство случаев рецидивов онкологического заболевания.*

Моя первоначальная мысль была, наверное, типичная для каждого больного, которому озвучили диагноз: «Поскорей уберите это из меня!» «Доктор, вырежьте это у меня!» – как говорят наши больные. Но сейчас, подумав, реально проана-

лизировав ситуацию, я же понимаю, что мне спросить, по большому счету, проще у самого себя, насколько я ухудшу свои шансы на благоприятный исход.

*Паллиативная химиотерапия – терапия, назначаемая больным с неизлечимыми формами рака. Основная цель паллиативной химиотерапии – сдерживание прогрессирования онкологического заболевания, облегчение состояния больного и продление жизни (на несколько месяцев или даже лет).*

Сколько стоит операция? Есть много профессоров в Москве, которые бесплатно практически не оперируют. Но я думаю, что от 200 тысяч и до бесконечности, до миллиона-полутора... По-разному, все по-разному.

Я вообще такой человек, который оценивает это крайне отрицательно, потому что я не беру деньги с больных. Но я не могу осуждать тех людей, которые пытаются жить хорошо, будучи профессионалами. Я против вымогательств. Это что значит? Обычно бывает так: «Моя операция ничего не стоит, но, если вы хотите меня поблагодарить, когда будете уходить из клиники, можете принести мне благодарность». Благодарность, желательно, например, в конверте. Если так говорит доктор – осуждать его сложно, правда? Он сделает все бесплатно, и операция не будет плохого качества. Но мы все знаем, какая ситуация сейчас в России – доктора не получают много денег. А, как говорится, всем хочется жить хорошо. Поэтому, видимо, это неизбежное зло. Но если доктор

говорит: «Я вас не буду оперировать, если вы мне не принесете в конверте такую-то сумму», – это категорически недопустимо. На мой взгляд, за это просто нужно сажать в тюрьму. Это откровенное вымогательство, взятка.

Причем большинство людей понимает ситуацию и видит, что доктор не вымогатель, и верит, что он все сделает нормально. Если им понравился доктор, понравилось, как он к ним относится, насколько был с ними открыт, насколько он был в послеоперационном периоде внимателен, и они довольны тем, как все прошло, они неизбежно приходят и благодарят. Это по моему личному опыту.



Всего я сам провел, думаю, 400–500 гастрэктомий. И я понимаю, что после операции мне придется ограничить себя определенными диетами и приемом препаратов. Но, тем не менее, я знаю, что мои больные после гастрэктомии могут вести совершенно нормальный образ жизни. Безусловно, они определенным образом модифицировали свою модель поведения, но это не лишало их тех жизненных радостей, которые присутствуют в жизни любого человека.

## **Анна**

Все началось с того, что у Андрея возник дискомфорт в желудке натошак, позднее появились боли. Он начал прини-

мать определенные препараты, но времени сходиться на обследование не находилось – порой нормально поесть и поспать не получалось.

Андрей торопился Жить. Развивался как специалист, обучал молодых врачей и всегда продолжал учиться сам. Школа практической онкологии, которая в этом году начала первый прием резидентов, была основным проектом Андрея. Он испытывал огромную потребность передавать свои знания молодым. И ни в коем случае не боялся конкуренции в дальнейшем. Гордился достижениями своих ординаторов. Всегда был открыт и не отвергал их личных наработок. Он был удивительно чутким, понимающим врачом, очень внимательным к своим пациентам. Великолепным специалистом и прекрасным, чистым человеком. Не знаю, есть ли такие еще, но Андрей верил, что именно такими должны быть врачи и в целом люди, неважно, в какой профессии они себя реализуют. Важно стать специалистом, профессионалом.

Андрей редко болел, вернее, болел на работе, никогда не брал больничного. Гастроскопия была проведена намного позднее, чем начал появляться дискомфорт. В ходе исследования и была выявлена опухоль, прорастающая в подслизистый слой. Сделали биопсию, было проведено КТ. По результатам стало понятно – это продвинутая 3-я стадия.

Для себя мы решили считать, что болезнь на 3-й стадии. Андрею было 39, когда опухоль проявила себя. Форма рака Андрея выпадает из общей статистики, на ранней стадии

диагностировать ее почти невозможно. Стенка желудка состоит из нескольких слоев, и разрастание опухолевых клеток произошло в глубоком базальном слое. На ранней стадии диагностика такой опухоли почти невозможна. Так объяснял нам Андрей.

Очень тяжело было принять тот факт, что болезнь, с которой Андрей боролся большую часть своей жизни в медицине, нанесла удар ему самому. В голове не укладывалось тогда, да и сейчас тоже.

Есть определенные стандарты лечения и течения болезни, мы рассчитывали, что на 3-й стадии при эффективном проведении неоадьювантного лечения (до основного лечения и операции) он получит шансы выйти на пятилетний порог с вероятностью 50 %. Это был бы хороший вариант. Но Андрей понимал, что в его случае продержаться 2 года – уже победа. И мы продержались



# Что такое рак?

**Михеева Юлия Вадимовна**

*врач-онколог, кандидат медицинских наук*

Санкт-Петербургский государственный университет,

Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова

Рак – это трансформация нормальных клеток организма в злокачественные, которые обладают неконтролируемым ростом, способностью разрушать окружающие ткани и давать метастазы в другие органы и ткани.

Существуют две основные группы причин развития рака: **генетические**, или **наследственные**, и **воздействие внешней среды**.

К факторам внешней среды относятся: курение табака, плохое питание и ожирение, инфекции, радиация, отсутствие физической активности и загрязнение окружающей среды. Эти факторы вызывают мутации (повреждение генетического материала) в клетке, что и приводит к развитию рака.

К генетическим или наследственным факторам относят семейную наследуемую из поколения в поколение мутацию, которая может проявиться в течение жизни. У людей с наследственной предрасположенностью риск развития рака в

несколько раз выше, чем в общей популяции.

За последнее десятилетие медицина в области онкологии шагнула далеко вперед. Разработаны новые методы диагностики, позволяющие выявить опухоль на раннем этапе или при распространенной стадии выявить метастатический очаг размерами в несколько миллиметров. А новые лекарственные средства позволяют значительно дольше контролировать болезнь, а в некоторых случаях – даже на протяжении десятков лет.

Питание как фактор развития рака желудка изучается в большом количестве эпидемиологических исследований. Было показано статистически достоверное снижение относительного риска развития рака желудка у людей, употребляющих в пищу большое количество **овощей и фруктов**, особенно зеленых и желтых, **растительного масла и черного хлеба**. Российское исследование методом «случай-контроль» также показало снижение риска развития рака желудка у людей, которые потребляли **свежие овощи и фрукты**, в том числе чеснок, лук, картофель и капусту.

К сожалению, большая часть проведенных эпидемиологических исследований не показала никакого влияния витаминов и микронутриентов на процесс канцерогенеза. В исследованиях, в которых изучалась роль потребления **витамина А** в развитии опухолевого процесса в желудке, также не выявили ожидаемого протективного результата. **Одна-**

**ко каротиноиды, которые являются предшественниками витамина А, содержащиеся в овощах и фруктах, во всех эпидемиологических исследованиях показали снижение риска развития рака желудка.**

Дополнительный прием **бета-каротина, селена и альфа-токоферола** снижает заболеваемость и смертность от рака желудка. Особенно это показано группам населения со сниженных поступлением этих нутриентов в организм с пищей.

Существуют убедительные данные о протективном влиянии **аскорбиновой кислоты (витамина С)** на канцерогенез в желудке. **Во всех проспективных и ретроспективных исследованиях показано, что высокое потребление витамина С с пищей достоверно снижает риск развития рака желудка.**

Также доказано повышение риска развития рака желудка при потреблении большого количества соли и соленой пищи. По всему миру были проведены исследования, доказавшие канцерогенное влияние **соли**. Конечно, сама соль не является канцерогеном, но она способна повреждать слизистую оболочку желудка, что приводит к ее воспалению и усилению пролиферации (разрастания) эпителия желудка. Также воспаленная слизистая становится более чувствительна к влиянию агрессивных канцерогенов (алкоголь, никотин, пища) и развитию инфекции (*Helicobacter pylori*).

Существуют данные о влиянии способов хранения пи-

**щи на риск развития рака желудка. Многие исследования показали, что применение холодильников для хранения продуктов питания привело к 2–3-кратному снижению риска развития рака желудка.**

В эпидемиологических исследованиях, проведенных в Корее, США и Швеции, доказана высокая канцерогенность мяса, в частности, приготовленного на открытом огне. Это обусловлено образованием на его поверхности гетероциклических аминов.

В российских и итальянских исследованиях было выявлено статистически достоверное повышение риска развития рака желудка при избыточном потреблении мяса, молока, масла и маргарина, особенно в группе людей с семейным раком желудка.

Выявлена корреляция уровня риска развития рака желудка и ожирения.

**Это значит, что избыточный вес, ожирение, высококалорийная диета и чрезмерное потребление продуктов животного происхождения повышают риск развития рака желудка.** Это было показано в большом количестве исследований, проведенных в Америке и Европе.

Раки действительно разные. Например, частота инфильтративных низкодифференцированных форм в европейской части гораздо выше, чем в азиатских странах. В Азии преобладают так называемые экзофитные формы: они более благоприятные, менее

агрессивные, и их лучше всего выявлять на ранней стадии, поскольку они начинают расти со слизистой оболочки, их видно сразу. ...

С чем связана разница, мы пока точно не знаем. Не все известно о механизмах онкогенеза. Видимо, разная генетика у азиатов и европеоидов дает о себе знать.

*Из интервью Андрея Павленко portalу «Правмир»*

# Как распознать рак?



**Если даже вы, профессионал, не смогли распознать у себя рак на ранней стадии, значит, это невозможно?**

Выявить рак на ранней стадии можно только при случайном или скрининговом обследовании. Форма рака, найденная у меня, с подслизистым ростом, является наиболее сложной для диагностики. Не факт, что при небольшой опухоли ее можно было бы диагностировать на ранней стадии.



**Что бы изменилось, если бы опухоль нашли раньше?**

Это почти невероятно, опухоль не причиняла значимого дискомфорта. Но если бы нашли, ее можно было бы удалить при помощи небольшого хирургического вмешательства.



**Почему я так часто слышу истории про**

## **рак, найденный на поздней стадии?**

Большинство пациентов обращается к врачам, только когда начинаются сильные боли. А сильная боль чаще всего связана с большим размером опухоли. Сама статистика по выявлению рака в России неутешительна: у 65–70 % пациентов находят рак уже на 3–4-й стадиях.



### **Почему все так плохо?**

В России нет скрининга по тем видам рака, смертность по которым у нас намного выше, чем в мире. Это рак молочной железы, рак шейки матки и колоректальный рак. В Финляндии, Великобритании, Франции есть программа по скринингу этих видов болезни. Это значит, что врачи регулярно обследуют население в соответствии с хорошо рассчитанными показателями для скрининга и дают рекомендации. И смертность по этим видам рака там низкая и продолжает падать. По мнению Антона Барчука, если в России скрининг рака шейки матки, колоректального рака и рака молочной железы заработает на государственном уровне, смертность от них может снизиться как минимум на 80, 50 и 20 % соответственно.



## **Что такое скрининг?**

Скрининг – процесс, позволяющий выявить бессимптомный рак в группах риска. Проще говоря, это обследование, которое проводится даже в том случае, если у пациента нет симптомов и жалоб, единственное показание к обследованию – возможные риски развития рака. Их очень много. Можно сделать пробный скрининг здесь <https://nenaprasno.ru/screen/>. И уже по его результатам дается рекомендация пройти конкретные обследования.



## **Все виды рака можно предотвратить с помощью скрининга?**

Нет, но рак шейки матки, рак кожи, колоректальный рак можно выявить на стадии «предопухоли». Процессы появления этих опухолей понятны, и их можно предотвратить.



## **Что еще может помочь предотвратить рак, кроме скрининга?**

Отчасти диспансеризация, но не в том виде, в котором она существует в России сейчас. Наша диспансеризация охва-



тывает слишком широкие группы. Например, рак молочной железы – очень распространенная опухоль. В группах риска раннее выявление этого рака приносит пользу. Проверять всех смысла нет. Среди женщин в возрасте до 50 лет риск рака молочной железы очень низкий, и если проверять каждую женщину младше этого возрастного порога, вреда будет больше, чем пользы. У многих найдут что-то неопасное, у кого-то зря возьмут биопсию, а кого-то даже зря прооперируют – это зря потраченное время и нервные клетки. Миллионы женщин останутся напуганными, в то время как рак обнаружат у единиц.



**Многие клиники и лаборатории предлагают анализ на онкомаркеры. Нужно ли мне это?**

Врачи часто не предупреждают об этом, но воспаление, менструация, доброкачественное образование могут повлиять на результат анализа. В этом случае онкомаркеры только заставят вас нервничать, а реальной информации не дадут. Единственное показание к анализу на онкомаркер – наличие онкозаболевания у ближайшего родственника.



**Мне кажется, что у меня может быть рак.**

## Что делать?

В онкодиспансер идти точно не надо. Онкологи таких пациентов даже не смотрят, они заняты теми больными, у которых уже есть диагноз. Лучше всего пойти к терапевту, который владеет специальными знаниями о факторах риска. Например, очень важно учитывать возрастной порог. Нужен такой доктор, который точно знает, что делать: он не должен посылать вас на ненужные исследования. Не надо, например, делать компьютерную томографию всего тела, чтобы выявить опухоль кишки, томография этого не покажет.



## Где мне взять такого терапевта?

Врачей часто ругают, мы не будем сейчас этого делать. Чтобы найти хорошего врача, не бойтесь задавать вопросы. Если вы не поняли что-то, спросите. Если сомневаетесь в необходимости чего-то, дайте об этом знать. Информация – лучшее оружие в борьбе со страхом.

В 40 лет делать гастроскопию нужно не всем – в этом я совершенно уверен. Надо четко просчитывать варианты вреда и пользы, потому что любая инвазивная манипуляция может осложниться. Чтобы четко понять, приведет ли гастроскопия в 40 лет к каким-то бенефитам, то есть к выгоде для обследуемого, необходимо провести большое эпидемиологическое

исследование. Сказать, что у 40-летних часто диагностируют ранние формы рака и гастроскопия приведет к снижению количества смертей, мы можем только после 10-летнего большого исследования. Сейчас однозначно говорить, что необходимо делать гастроскопию в 40 лет, я бы не стал.

Но если у человека есть симптомы желудочного дискомфорта, его что-то периодически беспокоит, я бы рекомендовал прийти к гастроэнтерологу – и по его рекомендации пойти на эндоскопическое исследование желудка.

Почему еще ранняя гастроскопия может не привести к результатам? Как правило, в моем возрасте чаще всего возникает так называемый инфильтративный подслизистый рак. Это агрессивная форма низкодифференцированной аденокарциномы. Она начинает расти в глубоких слоях эпителия – и ее не видно. Два года назад, до выявления своего диагноза, я делал гастроскопию, но кроме гастрита ничего не было найдено. Уверен, если бы я делал гастроскопию год назад, результат был бы тот же.

Исследование не дает гарантии, к сожалению. У нас, в России, как мы говорим, другие раки, не такие, как в азиатских странах. У нас могут преобладать инфильтративные, так называемые низкодифференцированные формы, которые по данным эндоскопического исследования на ранних этапах очень сложно выявить. Если опухоль до 1 см в размере, мы не увидим изменение на слизистой, потому

что все это в глубине, даже самый опытный врач может не заметить.

...чтобы сделать чекап, провести онкоскрининг, нужно под управлением и контролем опытного онкоэпидемиолога сформулировать научную гипотезу и на основании популяционного хорошего исследования доказать, что ранняя эндоскопия – в 35–40 лет – может привести к увеличению частоты выявления ранних инфильтративных форм рака и к уменьшению смертей от этой формы заболевания. Подобные исследования проводятся в Азии, в Европе, в Америке, и там есть четкие доказательные данные. У нас таких данных нет.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.