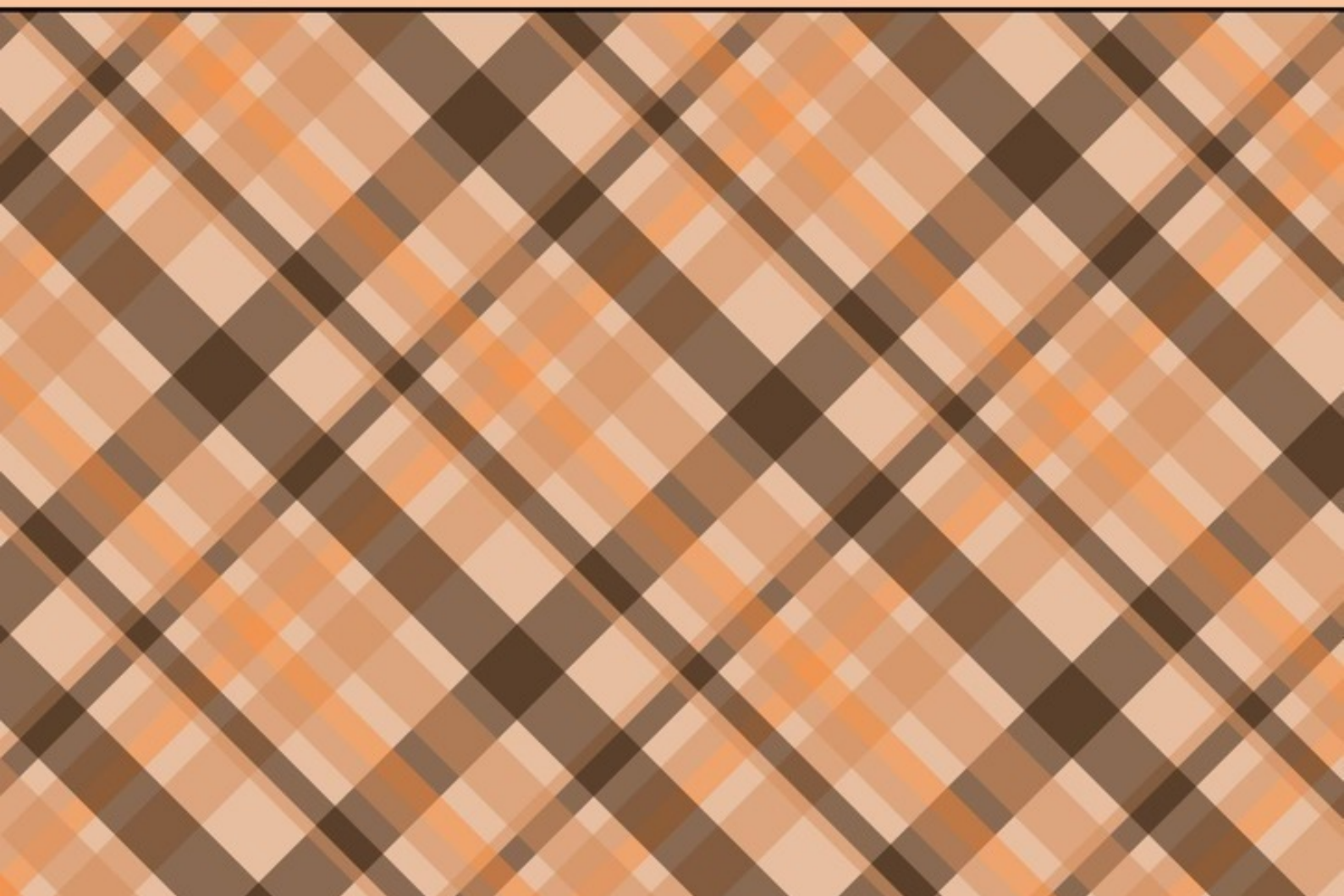


Николай Ершов

---

*Рак излечим в 90%  
случаев.  
Лекарство  
дешевле 100 рублей*



Николай Ершов

**Рак излечим в 90% случаев.  
Лекарство дешевле 100 рублей**

«Издательские решения»

**Ершов Н. Н.**

Рак излечим в 90% случаев. Лекарство дешевле 100 рублей /  
Н. Н. Ершов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-967626-9

Как этого избежать? Что делать, если уже?.. Перед Вами не инструкция. Здесь собрана самая лучшая и значимая информация Западных и Восточных Практик, помноженная на личный опыт. Предложены уточнения технологии исцеления (в том числе для малоимущих, а также для состояния «предрак», что позволит снизить число «ошибочных» операций из-за ложноположительных результатов скрининга). Внесены предложения по государственному регулированию здравоохранения и лечения рака. Не повторяйте моих ошибок!

ISBN 978-5-44-967626-9

© Ершов Н. Н.  
© Издательские решения

## Содержание

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ершов Н. Н.                                                                                                 | 7  |
| Я исцелился!                                                                                                | 8  |
| «взгляд изнутри» – ...? подвергай все сомнению!                                                             | 9  |
| ПРЕДИСЛОВИЕ                                                                                                 | 9  |
| Врач Аюрведа Неустроева Елена Анатольевна: Рецензия                                                         | 10 |
| ГЛАВА 1. Западные практики                                                                                  | 12 |
| 1.1. ВВЕДЕНИЕ                                                                                               | 12 |
| 1.2.. КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ НАШЕ ОТНОШЕНИЕ<br>К РАКУ /23/                                                       | 13 |
| 1.3. ЛЕКАРСТВА ОТ ДАВЛЕНИЯ ОПАСНЫ. РАК<br>И ДАВЛЕНИЕ БРАТЬЯ                                                 | 14 |
| 1.31 УПРАВЛЕНИЕ АД (АРТЕРИАЛЬНЫМ<br>ДАВЛЕНИЕМ)                                                              | 15 |
| 2.1. ЦИГУН О СНИЖЕНИИ ДАВЛЕНИЯ. ВОСТОК                                                                      | 19 |
| Упражнения в редакции О. А. Комиссаровой                                                                    | 19 |
| 2.2. ВОСТОК О ВЫСОКОМ АД:                                                                                   | 20 |
| 2.3. ВОСТОК О ГИПОТЕНЗИИ /30/                                                                               | 21 |
| 2.4. ВОСТОК ОБ ИНСУЛЬТЕ /30/                                                                                | 21 |
| 1.4. О ПРИРОДЕ РАКА                                                                                         | 23 |
| 1.5. МИКРОСРЕДА ОПУХОЛИ                                                                                     | 24 |
| 1.6. О ВИРУСНОЙ ПРИРОДЕ РАКА                                                                                | 25 |
| 1.7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ ДЛЯ<br>ДОСТАВКИ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ                                         | 26 |
| 1.8. О ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА                                                                                   | 27 |
| 1.9. ЗАГАР ОПАСЕН!!                                                                                         | 27 |
| 1.10 А. Л. МЯСНИКОВ О РАКЕ У ЖЕНЩИН /27/                                                                    | 29 |
| 1.11.САМЫЙ ОПАСНЫЙ РАК                                                                                      | 40 |
| 1. ОЦЕНИТЬ РИСКИ                                                                                            | 40 |
| 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ УЗЛА                                                                                      | 41 |
| 1.12. СПОСОБ БРОСИТЬ КУРИТЬ /36/                                                                            | 44 |
| 1.13. РАК ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ /27/                                                                          | 44 |
| УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ                                                                                      | 50 |
| 1.15. О РАКЕ ЖЕЛУДКА. С ЧЕМ МОЖНО<br>СТОЛКНУТЬСЯ НА ПУТИ К СЕРДЦУ МУЖЧИНЫ<br>И О ЧЕМ должны помнить женщины | 52 |
| 1.16. О РАКЕ ПРОСТАТЫ. ТАКОЙ ПРОТИВОРЕЧИВЫЙ<br>РАК ПРОСТАТЫ /27/                                            | 56 |
| 1.17. РОДИНКИ невинные и не очень /27/                                                                      | 61 |
| 1.18 О СОСТОЯНИИ ПРЕДРАКА                                                                                   | 66 |
| 1.20. ПРОБЛЕМНАЯ МАММОГРАФИЯ /23/                                                                           | 71 |
| 1.21. ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВОЗМОЖНОСТИ /23/                                                                         | 73 |
| 1.19.О СПИСКЕ КАНЦЕРОГЕНОВ                                                                                  | 74 |
| 1.22.СКРИНИНГ ДРУГИХ ВИДОВ РАКА /23/                                                                        | 78 |
| 1.23 О СИМПТОМАХ РАКА /23/, /27/                                                                            | 81 |
| 1.25. МАРГАРЕТ КУОМО О ХИМИОТЕРАПИИ /23/                                                                    | 85 |
| 1.26 МАРГАРЕТ КУОМО О ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ /23/                                                             | 89 |

Конец ознакомительного фрагмента.

90

# **Рак излечим в 90% случаев. Лекарство дешевле 100 рублей**

**Николай Николаевич Ершов**

*Специалист по Восточным практикам* Ольга Александровна Комиссарова

**Благодарности:**

Дарья Николаевна Якушева

© Николай Николаевич Ершов, 2019

ISBN 978-5-4496-7626-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

**Ершов Н. Н.**  
**(При участии Комиссаровой О. А. и Якушевой Д. Н.)**

## **Я исцелился!**

*Родным и близким,  
Друзьям Российским,  
Здоровым и не очень,  
(с душой красивой,  
Между прочим,)  
Посвящаю Опус этот,  
А также всему Свету.*

*Ершов Николай Николаевич,  
77 лет, работающий пенсионер, изобретатель, патентовед.  
(при участии Комиссаровой Ольги Александровны —специалиста по Восточным практикам, а также Якушиевой Дарьи Николаевны).*

*О своих болячках не принято рассказывать: (многие совершенно справедливо не любят такое слушать) – я решил перешагнуть через это, т.к. накопленные опыт и информация должны помочь людям. Нехорошо, если не поделишься! Не повторяйте моих ошибок! По судьбе достались война, болезни и стрессы. Родители жили мало. Но найденный образ жизни позволяет сказать: «И в 105 работать буду опять!»*

*Я исцелился...*



## **«ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ» – ...? подвергай все сомнению!**

### **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Книга создавалась по личному опыту сражения с болезнью и по мере анализа информации. Получился дневник переживаний, мнений и информации, в котором я решил ничего не менять, – оставил в порядке их появления, хотя позже появились некоторые коррективы и желания улучшений... (уже нет сил улучшать и переделывать!). Наконец, наступил момент, когда я осознал, что лечился «задом наперед» – подчиняясь Западным практикам, которые строятся на материализме: «чем бы уничтожить эти проклятые раковые клетки? Да поскорей!» Военные действия обрушивают на эти клетки химиотерапию, облучение, операции, яды..., попутно наносятся разрушения всему организму.

Известен эффект обнаружения симптомов болезни у студентов-медиков при изучении учебника... Мне пришлось привыкнуть к постоянному появлению информации со словом «рак». Вместе с вынужденной недостаточной подвижностью и воздействием компьютера это затруднило лечение, но как быть иначе?

Судьба свела меня с замечательным человеком: О.А.Комиссаровой. На десятый день нашего знакомства я сообщил, что сегодня врачи поставили мне диагноз: «Рак». Она предложила переехать к ней и (одновременно с лечением) стала оказывать реальную помощь. Через 1,5 месяца ПСА понизилось в 60 раз к удивлению онкологов...

Так я получил доступ к богатой библиотеке по Восточным практикам, которые не наносят ущерба пациенту, и которые (как я считаю) должны применяться, вместе с препаратами из грибной аптеки и поднятием иммунитета – в первую очередь (и параллельно любому другому лечению). Они строятся на духовных и энергетических процедурах, а также тормозят иммунитет, чтобы не дремал!

Я, как и значимые источники информации, придаю большое значение психологии и тому, что человек пьет и ест – это мощные факторы исцеления. На некоторых разногласиях в вопросах питания мне пришлось остановиться подробнее. Недостаточно известную теоретическую информацию мне пришлось донести довольно полно, в т.ч. часть книг замечательных авторов, например, Чжи Ган Ша /30/.

Несколько советов читателю (Чжи Ган Ша):

Прежде чем перейти к объяснению теории терапии для души, разума и тела, позвольте мне поделиться с Вами некоторыми простейшими, но очень ценными секретами, которые помогут вам при чтении не только моей, но и вообще любой книги. Когда читаете, сидите с выпрямленной спиной. Поднимите кончик языка к нёбу, но не касайтесь его. Слегка сожмите сфинктер ануса и напрягите мышцы нижней части живота. Сохраняйте это положение во время чтения. Почему? Потому что это отличная медитация для увеличения энергии, исцеления и омоложения. (!!)

Каждая жемчужина мудрости и знания, каждая практика и вообще каждое предложение в этой книге – это послание. И все эти послания обладают неизмеримой целительной и благодатной силой, способной сбалансировать материю внутри клеток и энергию за их пределами. Когда Вы читаете в вышеописанной позе, ваши клетки находятся в состоянии внутреннего мира, осознания и релаксации. Какую бы часть книги вы ни читали, ваши клетки сразу откроются для исцеления и благословения. Читайте медленно. Осмыслийте, переваривайте и поглощайте знания основа-

тельно. Прямо сейчас используйте эту технику для чтения. Каждое слово обладает душой. Душа несет любовь, свет, исцеление, благословение и служение. Этот секрет чтения способен коренным образом изменить каждый аспект вашей жизни.

## **Врач Аюрведа Неустроева Елена Анатольевна: Рецензия**

Главная цель Аюрведы- понять и осознать свое предназначение ДХАРМУ (на санскрите)

Есть личное предназначение и высшее – это вечный долг человека, который не меняется из жизни в жизнь. Рождаясь, мы несем частицу Великой Души и проявляется она в каждом человеке уникальным талантом. Сотворение и есть предназначение, а как мы реализуем эти таланты, так и проживаем эту жизнь. Если мы не реализуемся, мы страдаем и заболеваем от неудовлетворенности. Болезнь приходит как «УРОК», который ставит перед нами новые задачи.

Включается анализ ситуации – из мира всегда идут подсказки, в помощь появляются новые люди, книги,

Учителя... Всегда верю в целостность и единение этого мира! Так вот – на Пути изучения Аюрведы встретила я Николая Николаевича Ершова. Господи! Спасибо за встречу и урок!

Николай Николаевич написал книгу «Рак излечим в 90% случаев», труд своего жизненного пути и состязания с тяжелой болезнью. Это книга – пример и подвиг стойкости и честности с самим собой и реализации своего таланта, его предназначения в сотворении нашего времени.

Там, в глубине подсознания, наша Душа знает все, но как эти знания и умения явить этому миру?

Мир наш осознает и принимает новое только через жесткие реакции и примеры. Николай Николаевич пережил взлеты и падения, страсти и отчаянье, недоверие и отторжение – все то, что проходит каждый больной раком.

Быть один на один с недугом важно, есть такое сравнение «Белая тишина» – чистота...

Дойти о Сути вещей, до Сути бытия, до мельчайших подробностей своей жизни, до той капли «ЛЖИ», до той раковой клетки – с которой начинается болезнь... Проанализировать свою жизнь, проанализировать свою иллюзию ума это – Важно! Наше ложное «Я —ЭГО» постоянно обводит нас вокруг пальца! Вдумайтесь: Мы врем сами себе! Наш мозг изворотлив, его хитросплетения заводят в этот эмоциональный хаос, а далее начинает от этого страдать наше физическое тело, являя болезнь...

Николай Николаевич не только прошел все эти «круги ракового ада», но и нашел силы все это описать и проанализировать, была кропотливо переработана масса литературы по проблеме рака и, наконец, найдены результативные методы и средства лечения рака. Собственное мнение, нет здесь больше подходит термин – «Знание» – т.к. все пропущено через себя, все рецепты книги он принимал сам, человек – исследователь по характеру, он описал все реальные способы борьбы с этой болезнью. Индустрия рака велика, индустрия фармакологического лечения – это «монстр экономики всех стран».

Задумайтесь! Выбор для нас всех предложен небольшой: только фармакология и облучение! Устоявшиеся догмы в лечении рака и реабилитации раковых больных известны, мир смертен. Надежду на жизнь тебе дарит не доктор, а ты САМ!

**Пример Николая Николаевича Ершова – это и его книга, это практикум для Созидательной и реальной жизни, жизни с болезнью, но в радости – Сотворения и Соучастия, а что еще нужно для своей реализации – Быть Счастливым!?**

**Болезнь это искажение нашей природы, преступление и предательство себя! Вот поэтому нужна сила, воля и любовь, чтобы победить недуг, выстоять и начать снова восстанавливать свое тело.**

**А главное: удержать свою Веру в справедливость этого мира, только это спасает и дает силы жить!**

**Книга переворачивает обыденное мышление, ее глубина отражает все многомерные проблемы рака от эмоциональной составляющей до хаоса в иммунитете и всей биохимии и физиологии.**

**Эта книга личный подвиг, реализация мечты и открытие своего таланта!**

**С большой Благодарностью за Свет и Любовь, который несете нам, Просветляя и Даря Надежду!**

**С уважением Елена Анатольевна Неустроева.**

**ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ – ВСЕ ПОДВЕРГАЙ СОМНЕНИЮ!**

## ГЛАВА 1. Западные практики

*Те, кто вылечился настойкой болиголова, по совести, должны поклониться ВАЛЕРИЮ ВИКТОРОВИЧУ ТИЩЕНКО.*

*Те, кто вылечился настойкой никотина, по совести, обязаны поклониться МАРКУ ЯКОВЛЕВИЧУ ЖОЛОНДЗУ.*

*Те, кто использовал при лечении технологию лечения без яда (с использованием грибов), по совести, обязаны поклониться коллективу Центра фунготерапии ИРИНЫ ФИЛИППОВОЙ.*

*Те, кто вылечился настойкой аконита, по совести, обязаны поклониться АЛЕКСАНДРУ ИСАЕВИЧУ СОЛЖЕНИЦИНУ.*

### 1.1. ВВЕДЕНИЕ

Уважаемый специалист Софья Стурчак /1/ пишет: «Любопытная статистика. Когда китайские врачи лечат пациентов, руководствуясь принципом, что лечить нужно человека в целом, со всем его комплексом физических и психических проблем, то успех лечения достигает 90%. А вот когда европейские врачи начинают лечить, используя те же методы восточной медицины, (лечить болезни, а не человека в целом,) то успех едва приближается к 50%. Почему так происходит? Человек представляет из себя единое целое физического тела и психики, к тому же неразрывно связанное с внешней средой. Его невозможно представить себе в виде набора стандартных систем органов и лечить каждый орган в отдельности.

Ну, хорошо, скажете вы. Причины такого невысокого успеха европейской медицины при лечении болезней, а не человека в целом, понятны. Но ведь и восточная медицина лечит не на 100%. А что же с оставшимися 10%? Увы, 10% людей вылечить невозможно, даже используя все методы древневосточной медицины и стараясь лечить человека в целом.

Это, во-первых, те люди, которые обратились слишком поздно. Когда меня спрашивают, какие болезни можно вылечить этими методами, я честно отвечаю: все, но только если есть достаточно времени. Если организм уже разрушен метастазами опухоли, ему можно только устранить боль и продлить жизнь, т.к. болезнь развивается уже быстрее, чем действует лечение. Это часть из 10% не вылеченных.

Но бывает и другое. Психические причины. Человек вслух говорит, нет, даже кричит: «Помогите!». А сам цепляется за свою болезнь.

Когда Вас заверяют: «Если вы меня вылечите, я вам миллион заплачу!», будьте уверены, – человек так дорого ценит свою болезнь, что ни за что с ней не расстанется. Ведь болезнь имеет и преимущества: можно не работать, получать внимание и заботу близких, снять с себя ответственность за финансовые проблемы... Это остальные на 10%, которых невозможно вылечить.»

Большинство населения вынуждено пользоваться технологией и услугами традиционной медицины. В 21 веке ситуация с раковыми заболеваниями пока не улучшилась. Вот что по этому поводу говорит В. Моисеенко – профессор – онколог из Киевского института онкологии и радиобиологии:

«Онкология зашла в тупик. Это признают большинство ученых и мыслящих практиков. Я разуверился в хирургическом и химиотерапевтическом лечении онкологических больных. Мы пытаемся лечить клинические проявления болезни, а причины болезни остаются. По моему мнению, в 75 —90% случаев болезнь возникает

по нашей вине: загрязнение окружающей среды, вредные привычки (курение, пере-  
едание, алкоголь, наркотики...) – Урядовый курьер. 2004. 27 марта / 2 /, с. 215.

В современном мире человек, столкнувшийся с раком, вынужден выбрать для себя: обратиться ли ему к возможностям нетрадиционной медицины, искать контакт с надежным специалистом восточной медицины или отдаться в руки традиционной (европейской) медицины.

Страх перед этим заболеванием заставляет человечество тратить гигантские суммы на лекарства и процедуры.

«Я поняла, что все злокачественные опухоли, независимо от их расположения в организме, разрушают прекрасную симметрию и порядок человеческого тела. Я стала задаваться вопросом: что же это за биологический процесс, который трансформирует здоровые клетки в злокачественные, запуская цепочку событий, которая необратимо изменяет человеческую жизнь?

Рано или поздно рак коснется каждого из нас. Мы будем поражены им сами или пройдем через муки лечения одного из членов семьи, друга или сотрудника. Несмотря на такую распространенность заболевания, люди имеют весьма смутные представления о нем». Маргарет Куомо /23/.

«Дэвид Купер, один из управляющих «Ассоциации за здоровье», крупнейшей частной клиники в штате Нью-Йорк, говорит: «Некоторые люди думают, что могут «подцепить рак». Или что рак случается после перенесенной травмы, например, после ушиба голени».

Если люди не имеют элементарных знаний, что такое раковое заболевание, мы не можем ожидать от них адекватных действий по профилактике, обследованию и лечению заболевания. Если мы приняли решение искоренить рак и приблизить это событие, то специалисты в области санитарно-просветительской деятельности должны внести свою лепту во всеобщее распространение знаний о раке». Маргарет Куомо /23/.

## **1.2.. КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ НАШЕ ОТНОШЕНИЕ К РАКУ /23/**

Генетическая предрасположенность, влияние загрязненной окружающей среды и нездоровый образ жизни повышают вероятность мутации клеток и делают нас более восприимчивыми к возникновению опухоли. То, что мы изменить не в силах – возраст и наследственность, – лишь подчеркивает важность обнаружения рака на возможно более ранней стадии. То, что мы можем исполнить, – отказ от курения, приверженность здоровому образу жизни и здоровому питанию, – мы со всей ответственностью должны сделать и в личном плане, и в масштабах страны. Наличие одного или нескольких факторов риска, конечно не означает, что вы заболеете раком. Это означает, что ваши шансы на болезнь несколько выше, чем у других, не подверженных этим факторам. И это, должно стать мощным стимулом к получению большого количества знаний в области предотвращения рака и поводом возвысить свой голос в поддержку такой тактики. Факторы риска – это как атлас дорог, позволяющий выбрать правильный путь. Обозначив места, где находятся наибольшие опасности, мы должны сконцентрировать как можно больше научных усилий для их ликвидации.

Люди в возрасте 65 лет и старше – это наиболее подверженная онкологическим заболеваниям категория. Неизбежной особенностью старения является снижение

эффективности наших защитных систем к предотвращению генетических мутаций. Так как невозможно противостоять течению времени, мы должны сделать акцент на профилактике, чтобы любым возможным образом снизить запасы поврежденных генов /23/.

«Предрасположенность к онкологии – одна из самых важных ее причин. Поэтому скрининг на рак груди, яичников, толстого кишечника у тех, кто имеет родственников первой линии, перенесших подобную онкологию, проводится и раньше, и подробнее, чем у других! Известный из прессы пример носительства такого гена – Анджелина Джоли. Бывают гены и похуже. Некоторые виды наследственного полипоза кишечника перерождаются в рак в 100% случаев, таким пациентам толстый кишечник удаляют профилактически еще в молодости» А. Мясников /27/.

Жизненные привычки могут как повысить, так и понизить риск заболевания. Когда один курит табак, то многие вокруг него становятся пассивными курильщиками.

Курение повышает риск возникновения не только рака легкого, но также пищевода, горла, полости рта, почки, мочевого пузыря, поджелудочной железы, желудка, шейки матки, а также острого миелоидного лейкоза. По данным NCI, почти 175 000 преждевременных смертей происходит ежегодно именно из-за привычки к курению.

Что мы едим, сколько потребляем алкоголя, избыточный вес, недостаточность физической нагрузки – вот факторы риска возникновения онкологического заболевания, которые мы в силах контролировать. Еще одна большая категория факторов риска – это факторы окружающей среды, факторы, возникающие на производстве, ионизирующая радиация, испускаемая радоном, и некоторые медицинские процедуры.

Женщины, которые получают заместительную гормональную терапию в менопаузе, также подвергают себя риску возникновения рака молочной железы и рака яичников. Маргарет Куомо /23/.

Нам известны биологические механизмы воздействия этих факторов на возникновение онкологических заболеваний. Поэтому выработка правильных привычек – очень важный аспект, на пропаганду которого стоит тратить силы и деньги. Нам также необходимо действовать более агрессивно при распространении просветительских знаний в области охраны здоровья, мотивировать людей к действиям по изменению их образа жизни. Маргарет Куомо/23/.

Глупцы винят других, судьбу и Бога в своих страданиях, отвергая очевидную взаимосвязь своего насилия к другим. Они едят мясо, рыбу, яйца, кричат, оскорбляют, проклинают, завидуют, убивают в мыслях и на деле других, а потом удивляются: «Почему я вдруг заболел?». И так как человек сам лгал в прошлом, то он должен пожинать плоды своей лжи, попадая в руки лживых людей.

Если человек правдивый и праведный, и вдруг заболел, то к нему притянется правдивый врач, который исцелит. Николай Пейчев /37/.

### **1.3. ЛЕКАРСТВА ОТ ДАВЛЕНИЯ ОПАСНЫ. РАК И ДАВЛЕНИЕ БРАТЬЯ**

В эту «компанию» входит еще и диабет, но это здесь не рассматривается.

Условия возникновения рака и условия нарушения работы кровеносной системы тесно связаны.

**Жизнерадостность, жизнерадостность и еще раз только жизнерадостность вытаскивает нас из недугов и несчастий /36/.**

Исследования американских ученых показали, что примерно 30% тяжелых раковых больных выздоравливают. Когда стали изучать психологию этих людей, пришли к интересным выводам. Те больные, которые погибли, тоже старались вырваться из когтей болезни со всем упорством и, можно сказать, со злобой, но потерпели поражение.

В чем же дело? Они ведь пытались выжить, принимая всевозможные средства, не сидели, сложа руки. Злой рок? Оказалось, что больных-победителей связывает одно прекрасное качество – жизнерадостность. Они не ждали, когда придет смерть, а тоже боролись за выживание, но не с озлобленным упорством.

Они просто хотели получить от жизни радость, пусть мало, только ту, что осталась, и получали ее. Они радовались каждой минуте, которую жили, радовались, что вообще – живут, что судьба подарила им еще один шанс радоваться.

И получается, что те, которые хотели жить, но боролись за выздоровление, погибали; а те, кто был доволен сиюминутной радостью, принимал с благодарностью каждую прожитую секунду как подарок, выживали. Смерть отступала, испугавшись блеска глаз, радостного смеха.

Мы с ними полностью согласны. В нашей практике встречалось столько людей с сильнейшими волевыми качествами. Но увы... У них поражение шло за поражением. Нам кажется, что ненавистью и злобой можно многого добиться, но ни в коем случае – здоровья. Здоровье не подчиняется им. Здесь тупик и наказание.

Не зря говорили великие восточные мудрецы: «Прежде чем лечить человека, узнай, не Бог ли его наказал за его поступки. Если ты считаешь, что он не прав, попытайся исправить его дела, о Божье создание».

Перед зеркалом примите облик счастливого человека, улыбнитесь, приподнимите брови, не забудьте выправить осанку, дышите, как счастливый человек. И по стойте в этой позе минут пять. Вы станете удивляться: откуда появилось хорошее настроение, и главное – без причины...

А теперь подумаем. Значит, внутреннее состояние радости подействовало на материю, то есть на мышцы, на обмен веществ. И человек словно помолодел.../36/.

## **1.31 УПРАВЛЕНИЕ АД (АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ)**

**А теперь: как выбрать подходящий препарат для снижения давления?**

Какой препарат или группа препаратов являются предпочтительными? Эта дилемма полностью лежит в компетенции лечащего врача. Даже специалистам порой бывает непросто сориентироваться среди имеющегося обилия лекарственных средств и вновь появляющихся наименований. Некоторые препараты находятся еще на стадии изучения и внедрения. Постоянно появляются новые сведения и о давно зарекомендовавших себя средствах/36/.

Надо признать, что в настоящее время не существует четких алгоритмов в выборе препарата. Сказать, что одни гипотензивные средства предпочтительнее других во всех ситуациях, нельзя. Выбор должен осуществляться индивидуально.

При выборе предпочтительного препарата учитываются следующие факторы:

- степень (тяжесть) гипертензии;
- наличие поражений органов-мишеней;

– наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальные особенности человека;

– его индивидуальная чувствительность к тому иному препарату. Без помощи врача больному не обойтись. Нужные лекарства больной сам себе не может «прописать».

Работники аптеки не имеют права давать рекомендации ни выбору лекарства, даже если это люди с фармакологическим образованием: они не могут быть знакомы с Вашей ситуацией и не несут никакой ответственности за состояние вашего здоровья.

**ВАЖНО ЗНАТЬ!** Нужные лекарства больной сам себе не может «прописать». Нужен совет врача...

Печально то, что с этого момента человек до конца жизни становится придатком фармацевтической промышленности. Лучше не доводить себя до этого! / Любое лекарство – это вмешательство во внутреннюю жизнь организма. Хорошо, если ненадолго! /.

Гипертонию медики называют «тихим убийцей», а гипотонию – «сонным убийцей» при гипертонии можно внезапно потерять зрение! /36/.

Своеобразным протестом против сложившейся практики для меня явилась брошюра, приобретенная в магазине «Медтехника». К сожалению, брошюра утрачена, а магазин перестал работать... Кратко ее содержание:

Самый капризный орган – мозг ему может не хватать кислорода или питательных веществ, и он дает команду сердцу чаще биться, чтобы таким образом все же обеспечить себя. При этом повышается давление. Если это надолго, специальные рецепторы переключаются, чтобы держать это новое давление. Чтобы их вернуть в нормальное состояние, желательно убрать причины «недостач», но, главное, некоторое время поддержать давление в норме, чтобы рецепторы успели переключиться.

Что делают таблетки «от давления»? – Они заставляют кровь переливаться из головы в живот, раз за разом оставляя мозг без того, чего он добивается! Это насилие над организмом – прямая дорога к инсультам и другим болезням! Эта установившаяся практика принудительно закреплена пожизненно к каждому пациенту Министерством здравоохранения в пользу фармацевтической промышленности... Возможно, это деятельность «пятой колонны», цель которой – ослабление нации...?

Конечно, это слишком примитивная трактовка существа дела, но я много лет не могу от нее отделаться... Тут задействована проницаемость кровеносных сосудов, работа почек, режим труда и отдыха, длительные переживания, наследственность, употребление соли и алкоголя, курение, недостаточная подвижность, лишний вес и др.

**ВАЖНО ЗНАТЬ!** Большая роль в регуляции артериального давления принадлежит почкам, причем регуляция эта осуществляется несколькими путями. Когда артериальное давление повышается, почки увеличивают выведение соли и воды из организма, благодаря чему снижается объем циркулирующей крови и давление нормализуется. И наоборот, если артериальное давление падает, почки уменьшают выведение соли и воды.

Кроме того, в почках вырабатывается особое вещество – ренин, которое «запускает» целый ряд химических превращений, в результате чего давление повышается /36/.

Мне не удалось убедить тещу поискать другие средства, снижающие давление, попробовать поработать прибором «Дэнас», к сожалению, она умерла мучительной



смертью от рака мочевого пузыря. Причина рака – постоянный прием таблеток от давления.

У любой болезни есть причины, которые надо найти и устранить, есть народные средства, которые можно попробовать.

В литературе встречается много рецептов. Например, в книге «Лучшие практики от давления» /36/ замечательные советы как перестроить свою жизнь и вредные привычки, а также набор рецептов народной медицины. Не берусь пересказывать, там очень много всего: и боярышник, и горицвет весенний (или черноплодка), и клопогон даурский, и арония (рябина черноплодная), и сушеница болотная, и синюха голубая... и еще 10 травяных сборов!

О. А. Комисарова открыла для меня простые дыхательные упражнения «Цигун», как средство для регулирования давления.

А также спешу поделиться ее рецептом (совершенно простое (вы не поверите!) средство для снижения давления): любые части (лучше всего подходят жесткие стебли) растения «укроп» высушить, запаривать на водяной бане и пить ежедневно, пока давление не придет в норму (не промахнитесь – не пейте лишнего!). Принимать по 100г. утром и вечером. Так жена нормализовала давление себе и мне... Давление таким способом снижается мягко, медленно и надежно! Пить настой приятно. Заготовить очень просто.

Для сравнения: самый простой рецепт в «Лучших практиках от давления»/36/ – это пить сок лука. Вы можете себе представить, как его готовить, как его пить, как от Вас будут «шарахаться» окружающие...

**ВАЖНО ЗНАТЬ:** плавайте в течение 30 – 45 минут 3 – 4 раза в неделю – и Ваше давление нормализуется /36/.

**ВАЖНО ЗНАТЬ:** научитесь отдыхать и высыпаться! с точки зрения физиологии, отдых – это особое состояние клетки, находясь в котором, она восстанавливает свой нормальный химический состав /36/.

**ВАЖНО ЗНАТЬ:** При бессоннице, лежа с закрытыми глазами, «закатите» их, как будто хотите увидеть что-то у себя за головой. Это движение глаз – нормальное для «полудремы» /36/.

**ВАЖНО ЗНАТЬ!** Вечером попробуйте выделить час – всего один час! – именно на отдых.

**ЗАПОМНИТЕ: ВЫХОДНЫЕ – ЭТО СВЯТОЕ!**

Даже если вы очень устаете каждый день и не умеете отдыхать каждый день – все-таки хроническая усталость не грозит вам, если вы способны полностью отдохнуть в выходные дни за всю неделю: выезжаете за город, или ходите в кино, в театр, в музей, в гости, или устраиваете у себя дома веселую вечеринку с друзьями, или посвящаете выходные любимому делу.

В странах, где люди живут хорошо, уик-энд дело святое. Съездить на загородную виллу, прокатиться на яхте, поужинать в дорогом ресторане, провести день в гольф-клубе и т. д. В странах, где живут не очень хорошо, на субботу и воскресенье нередко откладываются все дела, которые не удалось сделать за неделю. Причем дела эти того же рода, от которых мы уставали всю неделю.

Побегать по магазинам, сделать генеральную уборку в квартире и так далее. И это вместо того, чтобы воспользоваться двумя выходными днями для «энергетической подзарядки». Люди, которые проводят выходные дни на природе (хотя бы в парке), никогда не «дойдут» до хронической усталости и, как правило, не доходят до этого и те, кто в выходные дни посещает музеи, театры, поэтические вечера, концерты.

**ВАЖНО ЗНАТЬ! В странах, где люди живут хорошо, уик-энд стараются провести весело, с семьей, на природе /36/.**

**Если ты не умеешь радоваться мелочам, которые тебя окружают, то не обрадуешься и крупным подаркам. Они вскоре тебе надоедят. Радость идет изнутри, вся радость только здесь и сейчас. Бог только сейчас. Счастье и любовь только сейчас. Святость – только сейчас. Жизнь только сейчас. Ты есть всегда только сейчас. Ощути радость присутствия.**

**Когда ты тотально здесь, а не там, когда ты счастлив прямо сейчас, а не потом, только тогда ты сможешь полностью расслабиться, напряжение в теле уйдет. Пружина, которая в тебе натянута, ослабнет. Тебя уже ничего не может напрячь. У тебя уже слишком много есть для счастья: пение птиц, Солнце, небо, детский смех, люди, которые просто есть и с ними можно играть, животные, которые любят жизнь, вся природа тебя любит прямо сейчас, ты есть, и это так прекрасно.**

**Пусть Вас ничего не задевает. Пусть ни один человек Вас не задевает. Пусть Ваш ум будет спокоен. Пусть Вас не пугает Ваше будущее. Пусть Вас покинут все страхи. Пусть Вы научитесь доверять Богу, как Родному Отцу. Будьте здоровы и счастливы. Н. Пейчев. /37/.**

**Нет! Как здорово, что я взялся написать эту книгу, что мне попадаются такие источники информации! Обращаю Ваше внимание: согласно руководства симптомы ненормального давления могут быть сняты прибором фирмы «Дэнас —МС». У меня получалось!**

## 2.1. ЦИГУН О СНИЖЕНИИ ДАВЛЕНИЯ. ВОСТОК

### Упражнения в редакции О. А. Комиссаровой

#### УДАЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ БЛОКОВ В ПОЗВОНОЧНИКЕ:

Стоим прямо. Ноги на ширине плеч. (ИС) – (исходная стойка) ВДОХ: ладони вверх, руки в стороны, назад, вверх. Ловим руками огненный шар 50—70 мм в диаметре, (это МЫСЛЕОБАЗ). Загоняем шар в 7 чакру «САХАСРАРА» (на макушке).

ВЫДОХ: руки толчками опускаем перед собой, мысленно проталкивая шар вниз по позвоночнику и ногам до точек «Юнь-Цуань» (середина стопы) – шар уходит в Землю (МЫСЛЕОБАЗ). Повтор 10—12 раз.

#### УДАЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ БЛОКОВ В ГОЛОВЕ И ОРГАНАХ ВОСПРИЯТИЯ:

(ИС) ВДОХ: ладони вверх, руки в стороны, назад, ладони мысленно захватывают огненный шар, вводят его в затылок.

ВЫДОХ: Руки мысленно проталкивают шар сквозь голову, выбрасывая перед собой – на утилизацию (подалеке). Повтор 10—12 раз.

(ИС) ВДОХ мысленно происходит в уши. Ладони вверх, руки назад, в стороны.

ВЫДОХ: руки (мысленно) выбрасывают отработанный воздух из ушей в стороны. Повтор 10—12 раз.

(ИС) ВДОХ мысленно происходит в глаза. Глаза открыты, они впитывают в себя поток воздуха. Ладони вверх, руки назад, в стороны.

ВЫДОХ: руки (мысленно) выбрасывают отработанный воздух из глаз перед собой. Повтор 10—12 раз.

(ИС) ВДОХ мысленно происходит в нос. Ладони вверх, руки назад, в стороны. Одна из рук каждый раз поочередно закрывает одну из ноздрей.

ВЫДОХ: руки (мысленно) выбрасывают отработанный воздух из носа перед собой. Повтор 10—12 раз.

(ИС) ВДОХ мысленно происходит в гортань. Ладони вверх, руки назад, в стороны.

ВЫДОХ: руки (мысленно) выбрасывают отработанный воздух из гортани перед собой. Повтор 10—12 раз.

Эта работа с информационными каналами человека позволяет освободить мысли от хаоса и суеты, чистоту и ясность ума, внутреннюю уравновешенность – условия для облегчения борьбы с раком, гипертонией и др. болезнями.

Для снятия давления оказался эффективным еще один прием:

ВДОХ – делается в ладонь (точка «Лао-Гун»), затем в сердечную чакру (посредине грудной клетки).

ВЫДОХ – выполняется через точку «Юань-Цуань» (на стопе противоположной ноги – по диагонали).

Следующие ВДОХ – ВЫДОХ – в противоположную диагональ.

Дыхательно-энергетическая процедура на основе системы ЦИГУН в редакции Комиссаровой О. А. – см. 2.21.3. (в разделе 2).

## 2.2. ВОСТОК О ВЫСОКОМ АД:

**Выдержки из книги «Терапия для души, разума и тела. Уникальная система исцеления и профилактики заболеваний», автор ЧЖИ ГАН ША /30/:**

**ВЫСОКОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ** (высокое диастолические и систолическое давление (гипертония: высокое систолическое давление)):

**СИЛА ТЕЛА:** ближняя рука – над макушкой или обращена ко лбу, дальняя рука обращена к нижней части живота (Нижнему Даньтяню).

**СИЛА ДУШИ:** Дорогие душа, разум и тело моей головы и кровеносной системы, я люблю вас. У вас есть силы исцелить себя. Дорогие душа, разум и тело моих рук, «И-Цзю» (1—9) и света, я люблю вас. У вас есть силы исцелить меня. Сделайте доброе дело. Спасибо. Спасибо. Спасибо.



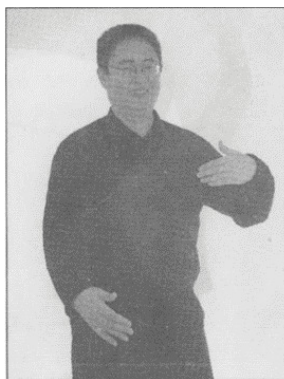
**СИЛА ЗВУКА:** пойте: «И-Цзю».

**СИЛА РАЗУМА:** визуализируйте ярко-золотой или ярко-белый свет, идущий из головы в нижнюю часть живота.

**Внимание!** Следуйте этой процедуре, если у вас высокое и диастолическое, и систолическое давление или если у вас высокое систолическое и нормальное диастолическое давление.

**ВЫСОКОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ** (высокое диастолическое, нормальное систолическое давление (гипертония: высокое диастолическое давление)):

**СИЛА ТЕЛА:** ближняя рука обращена к сердцу или центру груди, дальняя рука – к нижней части живота (Нижнему Даньтяню).



**СИЛА ДУШИ:** Дорогие душа, разум и тело моей кровеносной системы, я люблю вас. У вас есть силы исцелить себя. Дорогие душа, разум и тело моих рук, «Эр-Цзю» (2—9) и света, я люблю вас. У вас есть силы исцелить меня. Сделайте доброе дело. Спасибо. Спасибо. Спасибо.

**СИЛА ЗВУКА:** пойте: «Эр-Цзю»

**СИЛА РАЗУМА:** визуализируйте ярко-золотой или ярко-белый свет, идущий из сердца в нижнюю часть живота.

**Внимание!** Следуйте этой процедуре, если у вас нормальное систолическое и высокое диастолическое давление. Высокое кровяное давление связано с накоплением энергии в сердце.

## **2.3. ВОСТОК О ГИПОТЕНЗИИ /30/**

**СИЛА ТЕЛА:** ближняя рука обращена к нижней части живота (Нижнему Дань-тяню), дальняя рука – к макушке, лбу или точке между бровями (акупунктурной точке Инь-тан).

**СИЛА ДУШИ:** Дорогие душа, разум и тело моего Нижнего Дань-тяня и кровеносной системы, я люблю вас. У вас есть силы исцелить себя. Дорогие душа, разум и тело моих рук, «Цзю-И» (9—1) и света, я люблю вас. У вас есть силы исцелить меня. Сделайте доброе дело. Спасибо. Спасибо. Спасибо.

**СИЛА ЗВУКА:** пойте: «Цзю-И».

**СИЛА РАЗУМА:** Визуализируйте ярко-золотой или ярко-белый свет, идущий из нижней части живота к голове.

**Внимание!** Не используйте эту технику, если у вас глаукома.

## **2.4. ВОСТОК ОБ ИНСУЛЬТЕ /30/**

### **ЛЕВОСТОРОННИЙ ПАРАЛИЧ:**

**СИЛА ТЕЛА:** ближняя рука – правая рука – обращена ладонью к правой стороне головы, либо пальцы правой руки указывают на правую сторону головы, дальняя рука – левая рука – обращена к левой стороне тела.

**СИЛА ДУШИ:** Дорогие душа, разум и тело моего мозга, нервной и кровеносной систем, я люблю вас. У вас есть силы исцелить себя. Дорогие душа, разум и тело моих рук, «И-Цзю» (1—9) и света, я люблю вас. У вас есть силы исцелить меня. Сделайте доброе дело. Спасибо. Спасибо. Спасибо.

**СИЛА ЗВУКА:** пойте: «И-Цзю».

**СИЛА РАЗУМА:** визуализируйте ярко-золотой или ярко-белый свет, идущий из правой половины головы в левую половину тела.

**Внимание!** Причиной паралича левой стороны тела является кровоизлияние или тромб (энергетический блок) в правом полушарии головного мозга. Следите за правильностью выполнения позы, потому что обратное положение рук может сильно ухудшить состояние! При правостороннем параличе положение рук – противоположное!

## 1.4. О ПРИРОДЕ РАКА

По этому вопросу (в рамках традиционной европейской медицины) наиболее далеко продвинулся (по моему) академик Н.Г.Друзьяк /2/. Информация изложена попутно в книгах другой направленности, а онкологам и чиновникам не хватает времени и любопытства... Поэтому мне придется кратко изложить эту тему:

В 1913 году датский патологоанатом Иоханнес Фибигер высказал предположение, что рак может быть вызван недостаточны потреблением ненасыщенных жирных кислот. За это он был удостоен Нобелевской премии в 1926 году..

А в 1931 году немецкий биохимик Отто Варбург получил Нобелевскую премию за открытие анаэробного (бескислородного) дыхания в раковых клетках. Он считал, что рак может быть предупрежден и даже излечен обильным снабжением тканей кислородом...

Предположения, что рак порождается мутантными клетками, а также глистами, сейчас не поддерживается /1/, /2/, но телепрограмма «Наука-2» сообщает о исследованиях в области образования рака из мутантных клеток...

Ответ на этот многоплановый вопрос заключается в том, что раковые клетки порождаются не мутантными и не какими-то иными клетками, а только стволовыми клетками / 2 /.

Новые клетки в человеке образуются либо за счет удвоения таких же (специализированных) клеток, либо (второй вариант) – новые клетки образуются из стволовых клеток, назначение которых создавать заготовки клеток, которые потом доводятся до требуемых кондиций. Стволовые клетки создают самый глубокий слой в каждой оболочке и расположены на, так называемой, базальной мембране (неклеточной подложке).

С возрастом мембрана утолщается, ухудшая доступ кислорода к стволовым клеткам. Этому же способствуют отложения на ней, и в ней, солей кальция.

Линия потомков стволовых клеток не прерывается в течение жизни человека. Эти клетки не обновляются и в их «бессмертии» и кроются истоки раковых заболеваний. При недостатке кислорода такая клетка не может делиться (так запрограммирована), что равнозначно ее гибели.

Существование клетки в условиях анаэробного (бескислородного) гликолиза (т.е. питания за счет глюкозы) есть первый признак ракового заболевания.

Кислородное дыхание клетки происходит с участием митохондрий – электростанций, запускающих синтез АТФ при взаимодействии с кислородом и водородом. При различных вредных воздействиях (крайние температуры, лучистые энергии, кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, наркотики и т.д.) в первую очередь гибнут митохондрии. При этом клетки теряют ионы калия и фосфаты, а накапливают ионы натрия и хлора. Поглощительные свойства основной массы клетки (цитоплазмы) возрастают и она переходит в режим анаэробного питания (за счет глюкозы).

Не исключено, что не возраст влияет на нарушение ионного состава в клетках, а какие-то погрешности в образе жизни, которые накапливаются с годами и влияют на жизнь наших клеток, (например, недостаток калия и избыток соли в воде и пище).

Хочу обратить внимание читателей на то обстоятельство, что кровеносные сосуды в слой стволовых клеток не проникают, и что кровоснабжение этих клеток осуществляется через базальную мембрану. И если мембрана будет покрыта солями кальция, (что случается при избытке их в крови), то питание стволовых клеток лишь усугубится.

Таким образом, главной причиной раковых заболеваний следует считать длительное кислородное голодание стволовых клеток. А почему они могут подвергаться кислородному голоданию, нам уже хорошо известно – прежде всего из-за повышенной щелочности крови, чему способствует повышенная концентрация в крови кальция. Фундаментальное доказательство огромного вреда избыточности солей кальция в крови имеется во всех работах академика Н.Г.Друзьяка. Придерживаясь его рекомендаций, я ощущаю уверенность в своем будущем... Низкий ему поклон! (Заметим, что для рака молочных желез характерны небольшие отложения солей кальция) / 2 /.

Раковые заболевания возникают только там, где много стволовых клеток (легкие, кожный покров, молочные железы, пищеварительная и кровеносная системы).

Большое влияние оказывает воздействие канцерогенной обстановки, действующей на митохондрии, (например, радиация, ультрафиолетовое облучение, курение).

## 1.5. МИКРОСРЕДА ОПУХОЛИ

Оказывается, опухоль схожа с любым другим органом тела человека. Если развивается опухоль, то развивается и микросреда ее обитания – сосуды, иммунные клетки, нейроны и фибробласты. Каждая из этих клеток играет свою важную роль в жизни опухоли. Маргарет Куомо /23/.

Исследования привели к открытиям, которые повышают возможности человека по влиянию на опухоль. Уже установлено, что клетки, расположенные ближе к опухоли, функционируют отлично от более отдаленных клеток, и что некоторые макрофаги и фибробласты, находящиеся в непосредственной близости к опухоли, содействуют росту и прогрессированию опухоли. /Вот предатели!/

Стало известно, что, как только опухоль сформировалась, она посылает сигналы костному мозгу. В ответ костный мозг подавляет деятельность клеток иммунной системы, что дает опухоли возможность продолжить свой рост. Рак похож на инородное тело. В нормальных условиях он должен быть отторгнут, но опухолевые клетки дурачат иммунную систему, посылая ей сигнал: «Я не враг, я твой друг...»

Раковые клетки часто находятся в спящем состоянии в течение десятилетий. Если понять, почему они внезапно становятся активными и начинают давать метастазы, можно будет переводить их обратно в спящее состояние /23/.

Если клетки человека обработать антибиотиком (например, тетрациклином или хлорамфениколом), то после одного, двух делений их рост прекратится – появятся дефектные митохондрии и недостаточное образование АТФ. Длительное лечение большими дозами может привести к нарушению кроветворной функции, а при лечении тетрациклином – к повреждению кишечника. В обоих случаях гибнут митохондрии... Таким образом, при длительной гипоксии достаточно одной из стволовых клеток потерять свои митохондрии и перейти в режим анаэробного дыхания, как организм получает первую раковую клетку. И никакая иммунная система не сможет ее уничтожить, так как раковая клетка содержит тот же геном, что и все клетки организма /2 /.

(Трудно спорить с академиком, но мой опыт и другие данные доказывают большие возможности иммунной системы... А это очень важно!)

Теоретически легко предупредить самозарождение раковых клеток. Необходимо всего лишь позаботиться о том, чтобы кровь всегда была немного подкисленной. Но особо нужно подчеркнуть то обстоятельство, что без полного отказа от молочных продуктов (кроме сливочного и топленого масла), в том числе и кисло-



молочных, проблема раковых заболеваний никогда не будет решена. Соли кальция, как мы знаем, ощелачивают кровь, в результате чего ухудшается снабжение всех клеток организма кислородом. Но, кроме того, ионы кальция способствуют метастазированию (более подробно об этом говорится в книге «Как продлить быструю жизнь» Н. Г. Друзьяка) /39/.

Уместно вспомнить слова доктора Мак Феррин: «Ни при каких обстоятельствах человек не может считать себя вполне здоровым, если он будет продолжать барахтаться в молоке»/2/.

Опухолевые клетки несут на себе отрицательный заряд, они могут коагулировать (создавать эмболы) с помощью ионов кальция по тому же принципу, как и эритроциты, особенно в щелочной крови. Поэтому все методики по лечению рака исключают все молочные продукты (кроме масла), включая кисломолочные. Кровь же у онкологических больных, как правило, очень щелочная – СОЭ около 60. Эмболы приживляются легче, чем отдельные раковые клетки, и дают вторичные опухолевые очаги. Щелочная кровь может не только стать первопричиной гипоксии тканей (с последующим образованием опухолей), но и высокая концентрация ионов кальция в крови может способствовать метастазированию /2 /.

Маргарет Куомо, доктор медицинских наук, в книге «Откровения онколога о раке» /23/, пишет: «Рак можно сравнить с изощренным хамелеоном, способным вырабатывать устойчивость к самым токсичным лекарствам».

Особенность раковых клеток – постоянное деление, увеличение их количества и сверхъестественная способность к ускользанию от терапевтических воздействий, направленных на подавление их роста. Доктор Гюнтер Блобель, лауреат Нобелевской премии 1999 г. в области медицины, присужденной за работу в области клеточной биологии, сказал: «Мы до сих пор не можем понять, в чем различие между раковой и нормальной клеткой». И это сказано после нескольких десятилетий серьезной работы по изучению рака! /23/.

## **1..6. О ВИРУСНОЙ ПРИРОДЕ РАКА**

По данным Комитета по профилактике рака ВОЗ, до 90% процентов опухолей связано с воздействием внешних факторов, а 10% зависят от генетических факторов и вирусов.

Саркомы – это вирусные опухоли неэпителиального происхождения, развиваются из малодифференцированных клеток мезенхимы (по сути тех же стволовых, но еще функционально неопределившихся клеток) – это как бы свободные клетки в мышечной массе. Мезенхима – это зародышевая ткань и родословно наиболее древняя форма мезодермы (неопределенной совокупности клеток эмбриона). Подкисление крови может быть эффективной защитой и против онковирусов. Они могут быть уничтожены собственным интерфероном клетки еще на стадии внедрения их клетку. Высокоэффективное противовирусное вещество ИНТЕРФЕРОН в достаточной мере вырабатывается при подкислении крови. Он оказался эффективным и при других злокачественных образованиях (лейкемии, аденокарциноме, раке шейки матки и др.), где его применение показано, по крайней мере, для предупреждения вторичных вирусных осложнений, которые возникают в результате использования цитостатиков (веществ, останавливающих деление клеток) и иммунодепрессантов (веществ, подавляющих иммунные реакции организма) / 2 /.

И вирусные, и невирусные раковые заболевания объединяет одно важное обстоятельство – все они развиваются только с помощью анаэробного (бескисло-

родного) дыхания. Этому способствует увеличенная проницаемость для глюкозы наружных мембран этих клеток. Но, тем не менее, пока к раковым клеткам не подойдут кровеносные сосуды, развитие опухоли может сдерживаться иногда годами. Когда опухоль начинает получать питание из подошедших к ней кровеносных сосудов, она начинает интенсивно расти. Кровеносные сосуды прорастают в опухоль из здоровой ткани по команде из опухоли. Американцы потратили свыше 12 млн долларов на исследования, но не смогли установить, в чем суть этой команды и как ее отменить / 2 /.

Раковыми заболеваниями болеют около 2% детей, (преимущественно саркомой). У детей питание стволовых клеток через базальную мембрану происходит без проблем, т.к. она еще не забита солями кальция, поэтому вирусное поражение наиболее вероятно. Не потому ли дети часто болеют лейкозами, что их кормят преимущественно насыщенными кальцием молочными продуктами? Ведь саркомы у детей развиваются из-за недостаточной кислотности крови – поэтому онковирусы не находят должного сопротивления при попытке проникновения в клетки. Этому может способствовать и неблагоприятное внутриутробное развитие плода (вспомните о недоношенных детях) и нерациональное питание детей. По видимому, не следует кормить детей молочными продуктами уже с годовалого возраста, больше внимания уделять подкислению их крови /2/.

Вирусы – установленная пусковая причина развития некоторых видов опухолей. Уже сделаны и сугубо практические выводы: некоторые разновидности вируса папилломы человека вызывают рак шейки матки, поэтому разработана специальная противовирусная (по сути противораковая) вакцина, обязательная сегодня к применению/27/.

К вирусам, способным вызвать онкологию, относится, кроме вируса папилломы и вирусов гепатита, еще и вирус Эпштейн – Барра (возбудитель инфекционного мононуклеоза), вирус герпеса, вирус иммунодефицита и многие другие. И тут механизм достаточно понятен. Вирусы – это цепочка ДНК или РНК с минимумом других структур. Им свойственно внедряться в клетку и проникать в ее ядро (своего-то нет), и вызывать мутации нормальных до этого генов /27/.

## **1.7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ ДЛЯ ДОСТАВКИ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ**

Не все вирусы вредоносны /23/. Некоторые из них могут быть созданы методом генной инженерии для лечения или предотвращения рака. Такие онколитические вирусы могут быть использованы двумя способами. В одном случае вирус инфицирует только раковые клетки, и только там, где они бурно делятся, и вирус разрушает их скопление. А можно спроектировать вирус таким образом, что он будет проникать и в здоровые, и в раковые клетки, но его способность к репродукции и разрушению будет проявляться только в злокачественных клетках. В добавление к атакующим способностям, онколитические вирусы могут выступать в роли транспортных систем, доставляя иммуностимулирующие гены для активизации энергии белых кровяных телец и других компонентов иммунной системы.

Вакцина коровьей оспы содержала ослабленный вирус и помогла искоренить натуральную оспу. В наше время вакцина против рака легких и рака печени проходит испытания в качестве возможного противоопухолевого средства. Вид бактерии, над которой проводятся исследования, – ослабленная форма сальмонеллы. Оттачивая

наши знания в области таргетной терапии, мы все-таки движемся в новом, важном направлении. /23/

## 1.8. О ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА

Ирина Васильева /21/ онкосистема возникает при:

– Ослаблении духа человека и связи с высшим Разумом.

2. Ухудшении адаптивности системы управления из – за того, что:

а) получились нарушения в системе меридианов и чакр из – за рубцов, травм, ожогов, отравлений, воспалений и опухолей,

б) травма черепа ухудшила кровоснабжение мозга. Произошло замедление мозгового кровотока, смещение мозговых структур, возник шейный остеохондроз и тонзиллит;

в) был стресс и связанная с ним нагрузка мозга текущей сверхзадачей, особенно, если стресс тяжелый и продолжительный;

3. При предварительном поражении: травма, эрозия, язва, очаг воспаления, операционный шов, запоры, колит, дисбактериоз, тонзиллит, паротит, кариес, ослабление паращитовидных желез и пневмония;

4. Ухудшении обменных процессов, сопровождаемом повышением уровня сахара в крови по причинам:

а) недостатка инсулина – при ослабленной поджелудочной железе (ПЖЖ) из-за недостаточности гипофиза, нарушения работы желудочно – кишечного тракта, вывиха ПЖЖ, печеночно – почечной недостаточности, опущения левой почки;

б) выключения глюкорецепторов в клетке при стрессе; воспалительного процесса в легких, длительной капилляропатии и зашлакованности всего организма, а в особенности мозга.

Действие онкофактора может быть источником поражения или дополнительным толчком, отягощающим поражение/21/.

Интересно, что при более детальном рассмотрении выяснилось, что заболеваемость и смертность от рака желудка выше в странах, которые расположены в Южном полушарии – там рак чаще и злее! Чем выше географическая широта, чем ближе к полюсам, тем больше риск! Разумного объяснения этому факту пока нет /27/.

Ф. Батмангхелидж, доктор медицины, автор бестселлеров «Ваше тело просит воды» и «Вода здоровья», считает, что рак – это следствие длительного обезвоживания организма. Чтобы излечиться, нужно выпивать 8 – 10 стаканов в день /22/.

## 1.9. ЗАГАР ОПАСЕН!!

Загар способствует активному усвоению и удержанию в организме кальция, что ведет к ощелачиванию и к чрезмерной свертываемости крови – а это способствует образованию тромбов. Нередко следствием интенсивного загара может быть инсульт или инфаркт, повышенная частота сердечно – сосудистых заболеваний, перегрузка нервной системы.

Чем опасен загар? При длительном пребывании на пляже у людей повышается щелочность крови, а это благоприятное условие не только для онкологических, но и для прочих заболеваний. Кроме того, ультрафиолетовые лучи способствуют выработке витамина D в теле человека. Но большого количества этого витамина и избыточного кальция человеку не нужно /2/.

**Повторяю: следствием интенсивного загара может быть инсульт или инфаркт!**

Исследования крови, взятые на пляже у молодых людей, считавших себя здоровыми, показали, что после гиперинсоляции они были в состоянии, близком к катастрофическому (предтромбическому). Обычно человек с таким анализом крови госпитализируется, где его (с помощью специальных средств) пытаются привести в нормальное состояние. А обгоревший на пляже человек считает свое самочувствие легким недомоганием и обмазывается кефиром или одеколоном...

Сколько часто внезапную смерть после отдыха на пляже ошибочно диагностируют как смерть от солнечного удара... А причина – закупорка сосудов, которые только что были чистыми! Избежать этой опасности – прямая обязанность больных раком! / 2 /.

Загар – красиво и модно, но вредно /27/. Ультрафиолетовое излучение А и В является мощным фактором для старения кожи, повреждает ее ДНК и может вызывать онкологию: от благоприятного рака кожи (диковато звучит – «благоприятный рак») до агрессивной меланомы. Это доказанная вещь. Популярный у нас солярий – искусственный загар – запрещен в Европе и в Америке для лиц моложе 18 лет, потому что в них доза облучения раз в 15 больше, чем в полдень на пляже где-нибудь в приморской стране. А у детей и молодых людей дозы облучения накапливаются и аккумулируют свое патогенное действие.

Миф, связанный с загаром: люди убеждены, что если они несколько раз сходили в солярий или побывали на открытом воздухе и уже загорели, то им на пляже ничего не грозит.

На самом деле дерматологи оценивают уже существующий загар как защитный фактор, равный солнцезащитному крему с SPF3. Всего лишь 3, т.е. совсем низкий. Поэтому обладающие загаром люди все равно должны пользоваться солнцезащитными кремами.

Люди ошибочно думают, что если они едут в машине, то стекла автомобиля спасают их от солнечной радиации. Оказывается, защищает только лобовое стекло, а через боковые стекла человек хватает большую долю ультрафиолетовых лучей, тех самых, которые повреждают ДНК кожи и вызывают рак.

Недавно вышла статья о том, что в Америке в южных штатах рак кожи чаще встречается у людей именно на левой руке, т.е. той, что ближе к боковому стеклу при вождении автомобиля, потому что ни боковые, ни задние стекла не защищают кожу в достаточной степени. Еще многие убеждены, что они защищаются от вредного солнца, надевая майку или рубашку. Ничего подобного: защита кожи тканью от ультрафиолета равна всего лишь крему с SPF3... Да, ты не сгораешь, загара нет, а радиация проходит. А если рубашка мокрая, тогда вообще нет никакой защиты. Так что без крема никуда. Крем и еще раз крем. Некоторые считают, если они от природы смуглые, то это уже является определенной защитой от радиации. Но есть исследования, которые опровергают это мнение. Допустим, в Испании что белые, что «приятно смуглявые» болеют с абсолютно одинаковой частотой, как меланомой, так и раком кожи. Даже негры, или, как ТАМ говорят, афроамериканцы, точно так же подвержены этим заболеваниям и точно так же должны применять для профилактики солнцезащитные кремы.

Конечно, заболевания вызывают только избыточные солнечные ванны. В малых дозах солнечный свет весьма полезен. Он оказывает благотворное психологическое воздействие, например, основное количество душевных заболеваний обостряется как раз на фоне сумрака, во время длинной зимы с отсутствием солнечных дней. Без солнечного света нарушается синтез витамина D и обмен кальция.

Но поскольку подавляющее большинство населения нашей страны живёт вне зон значимого дефицита солнца, то мы часто подвергаемся его переизбытку. Поэтому ни в коем случае нельзя пренебрегать косметическими средствами, которые содержат той или иной степени солнцезащитный фактор. Имейте в виду, что цифры на креме не отражают его мощность линейно. Возьмем крем с SPF15 и крем с SPF30. Казалось бы, 30 защищает в два раза сильнее, чем 15. Нет! SPF15 защищает на 90%, а SPF30 – на 97%, а SPF50 – на 98%.

Но даже те, кто использует крем, делают это неправильно. Для эффективной защиты необходима определенная концентрация крема на коже. Если пересчитать норму крема на площадь тела, то получится, что средней упаковки крема должно хватать не более чем на 3 раза. При этом не очень обращайтесь внимание на надписи, уверяющие, что крем устойчив к действию воды. Пробыли в воде 20 минут? Мажьтесь по новой! А. Мясников /27/.

Загар – исследователи заметили, что ультрафиолет может снижать риск заболевания предстательной железы. При этом у этих же пациентов, данные которых использовались в исследованиях, рак кожи был выше, чем у тех, кто загара избегал... Правы старые врачи: все хорошо в меру! И рюмку иногда выпить, и на солнышке понежиться, и бифштекс съесть! Не надо только возводить все это в привычку, в образ жизни! А то мы: пить – так до отключки, есть – так пока живот в барабан не превратится, и на солнце лежим, пока не облезем! /27/.

/Обратите внимание: в четырехнедельной программе лечения рака доктор Чжи Ган Ша /30/ уделяет внимание облучению пациента утренним солнцем.../

## **1.10 А. Л. МЯСНИКОВ О РАКЕ У ЖЕНЩИН /27/**

Мы уже говорили / 27 /, что рак груди – гормонально зависимая опухоль. Повышение эстрогенов может являться провоцирующим фактором. Осознание этого факта в свое время перевернуло все наше представление о гормональной заместительной терапии! В итоге потом все оказалось не так и страшно, но теперь показания к ней просчитываются особенно тщательно! (Кому интересно, читайте об этом в моей книге «О самом главном». ) Но сам факт остается фактом: эстроген в соответствующих дозах может провоцировать рак груди, противоэстрогеновые препараты применяются для его лечения. Сразу скажу: современные гормональные противозачаточные препараты содержат очень маленькую дозу эстрогена и к факторам риска не относятся!

Влияют на шансы заболеть раком груди вес и рост женщины. «Ну вот, он сейчас опять про ожирение!» – подумаете вы. Да, только тут все не так однозначно. До наступления менопаузы избыточный вес действительно увеличивает риски. Причем если начать худеть после 40 – это мало что меняет в раскладе шансов. А вот после наступления климакса избыточный вес ассоциируется с МЕНЬШЕЙ частотой рака груди! Почему? Пока так и не ясно. Также нет толкового объяснения, почему женщины с ростом за 175 см имеют на 20% выше шансов заболеть, чем те, которые меньше 160 см!

### **С ЧЕМ МОЖЕТ СТОЛКНУТЬСЯ КАЖДАЯ 8-Я ЖЕНЩИНА?**

!Состояние самой женской груди тоже может иметь влияние на предрасположенность к её заболеванию. Красивая плотная грудь, к сожалению, подвержена онкологии больше. Наличие доброкачественных уплотнений (о них речь ниже) также ставит женщину в группу повышенного риска. Традиционно к женщинам повышенного риска относят тех, у кого менструация началась рано (13 и моложе),

а климакс – поздно. Объясняют это увеличенным периодом влияния эстрогенов на организм, чем у других. На самом деле статистически значимая разница хоть и есть, но очень маленькая. Например, (считается, что каждый год отсрочки менопаузы после 50 увеличивает риск на 1%...Отсутствие родов, кормление ребенка грудью менее 6 месяцев – также статистически достоверно увеличивает риски рака груди, хотя реальные шансы для каждого индивидуального случая просчитать практически невозможно. Это данные обширных эпидемиологических исследований, где «нету одной персональной судьбы – все судьбы в единую слиты»! 1000 – туда, 1000 – сюда, законы больших чисел так же далеки от конкретного человека, как и большая политика! Хотя и то, и то может сильно повлиять на жизнь, не так ли?

Заметки на полях:

Рак груди больше всего распространен в США, Северной Европе, Австралии. В Африке и Азии его меньше. Однако сегодня наблюдается отчетливая тенденция к уменьшению заболеваемости, например, в Америке и росту ее как раз в странах Азии и Африки. Снижение числа случаев в Америке можно объяснить высоким уровнем профилактики, а вот что с африканцами и азиатами происходит? Тут как раз и проявляются законы больших чисел. Стали питаться по-другому, прибавили в весе, высокий уровень курения, стали рожать позже и меньше, перестали кормить детей грудью – вот риски перевалили критическую массу, и кривая заболеваемости раком груди поползла вверх!

**ЧТО ЕЩЕ МОЖЕТ ПРОВОЦИРОВАТЬ РАК ГРУДИ, ЧТО ТОЧНО НЕ МОЖЕТ, А ЧТО МОЖЕТ ДАЖЕ И ПРЕДОХРАНЯТЬ?**

Некоторые моменты исторически считались провоцирующими рак груди. Посмотрим – так ли это? Например, диета. Слов нет, соблюдение здоровой диеты продлевает жизнь и улучшает фигуру. Жирная пища, мясо, по аналогии с атеросклерозом, считались провоцирующими рак моментами. И действительно, относительно многих других онкологических заболеваний это правда. Но не в отношении рака груди. Исследовали, просчитывали, но как-то не склеивается! Нет особой разницы в группах любителей овощей и фруктов и тех, кто предпочитает гамбургеры и выпечку! Вот диабет – чаще и талия толще, инфаркты и инсульты опять же, но не рак груди! Рак кишечника – да, чаще, а вот рак груди – нет! Статистика!

Также не подтвердились опасения про рак груди и облучение во время различных диагностических тестов: рентген, маммография, компьютерная томография. С одной оговоркой: если вы не являетесь носителем того самого гена BRCA, там риски хоть и незначительно, но возрастают. Другое дело эпизоды облучения при техногенных катастрофах, радиотерапии и проч. Это уже серьезно, особенно если они пришлось на подростковый возраст женщины.

Что доказано: НЕ является фактором риска, несмотря на бытующее у некоторых мнение:

- Аборты.
- Кофе. (Пейте на здоровье, только полезно!)
- Имплантанты груди. Да-да, в этом смысле имплантанты совершенно безопасны!
- Прием современных гормональных противозачаточных средств, как и было сказано.

Кто-то когда-то пустил «утку», что пользование электрическим феном может провоцировать рак! Врачи не поленились и не отмахнулись – проверили. Нет, конечно же, никакой связи обнаружено не было. Хотя как они, интересно, про-

веряли? Они что – нашли для контрольной группы хоть одну женщину, которая не пользовалась феном?! Но вот статью опубликовали!

И конечно, всех интересует, что этот рак может предотвратить?! Исследований проводилось очень много, и они еще идут. Вдохновляют примеры успешного применения профилактического приема препаратов при других разновидностях онкологии. Правда, антиоксиданты нигде ожиданий не оправдали: ни витамины А, ни Е, ни С. То же и при раке груди – не работают. Многообещающий кальций с витамином D: первые исследования были разноречивы, в настоящий момент идут большие испытания с хорошими первыми впечатлениями.

Как и во многих других случаях, похоже, что регулярный прием аспирина также может быть полезен, хотя данные пока расплывчатые. Все больше пишут о возможном защитном действии препаратов, обычно применяемых для лечения остеопороза, так называемых бифосфонатов («Фосомакс», «Бонвива» и проч.). А вот применение антиэстрогеновых препаратов -«Фемара», «Тамоксифен» – доказанно снижает риски. Другое дело, что и они имеют свои побочные действия, поэтому должны применяться после тщательного взвешивания всех факторов.

#### **ОБНАРУЖИЛИ УПЛОТНЕНИЕ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?**

Существуют спорные вопросы скрининга молочной железы. Напоминаю, что слово «скрининг» обозначает обследование **ЗДОРОВОГО** человека с целью выявления факторов риска к тем или иным заболеваниям и ранней диагностики рака.

Сейчас мы будем говорить о том, что делать, если в молочной железе вдруг обнаружили уплотнение /27/.

**ПЕРВОЕ И САМОЕ ГЛАВНОЕ – НЕ ПАНИКОВАТЬ!** Если узел обнаружен при маммографии, шанс, что он доброкачественный, **БОЛЕЕ 90%**! Если **ВЫ** нащупали уплотнение сами, шанс, что это рак, совсем мизерный! Не потому, что рак нельзя нащупать самой – можно, но мы часто не способны отличить норму от патологии и правильно оценить ситуацию, потому врачи больше **НЕ РЕКОМЕНДУЮТ** самообследование. Ведь мы же все мнительные без меры и принимаем дольки молочной железы или их набухание, связанные с изменениями гормонального уровня, за патологию!

Конечно, если вы обнаружили у себя уплотнение (или вам показалось, что обнаружили), надо идти к врачу. Он внимательно вас осмотрит, спросит, не бывает ли каких-либо выделений из соска, не меняла ли грудь объём и форму, и, скорее всего, скажет вам прийти через 1 или 2 менструальных цикла – очень большой шанс, что это гормонально обусловленное уплотнение и к следующему визиту оно пройдёт. Если все-таки нет, необходимо будет сделать маммографию. В отличие от скрининговой маммографии, диагностическую маммографию делают, как правило, без оглядки на возраст (но не раньше 30 лет). После того как наличие уплотнения подтверждено, необходимо определить, что оно из себя представляет. Оно полое (киста)? Плотное? Смешанное? В этом помогает тот же ультразвук, который отлично отличает одно от другого. Почему это важно? Киста (полое образование) практически никогда не бывает злокачественной. Её обычно пунктируют тонкой иглой и, если её жидкое содержимое не вызывает подозрений, оставляют в покое.

Другое дело, если образование плотное. Тут, как правило, нужно пунктировать узел уже довольно толстой иглой под контролем ультразвука, чтобы не промахнуться! Статистика показывает, что в подавляющем числе случаев биопсия подтверждает доброкачественный характер узла, даже если на маммографии он выглядит и подозрительно! Обычно это фиброаденома доброкачественный узел, в возникновении которого основную роль играют гормональные изменения жен-

ского организма. Что с ним делать? Раньше его настойчиво предлагали удалять, у нас до сих пор поступают так же. Однако операция – вещь тоже не безобидная, остается шрам, который может нарушать нормальную проходимость протоков молочных желёз и затруднять последующее наблюдение, искажая маммографическую картину. Поэтому если фиброаденома не вызывает никаких симптомов, ее можно оставить на месте и наблюдать. Если она начинает расти или вызывает появление симптомов, значит, пришло время её удалять.

Чаще всего обнаруженное уплотнение в молочной железе исчезает через 1–2 цикла. Если нет – обратитесь к врачу.

Всегда ли узел, который на маммографии выглядит как типичная фиброаденома, надо пунктировать? Пунктировать желательно потому, что, получив кусочек ткани, мы можем определить степень риска её перерождения в рак. Простая фиброаденома в подавляющем большинстве случаев в рак не перерождается, поэтому врач может выбрать выжидательную тактику и наблюдать пациентку с короткими интервалами в 3–6 месяцев. Однако все-таки без пункции окончательно в чём-то быть уверенным нельзя: нет пункции – нет окончательного диагноза!

Ну, вот узел исследован, удален (или не удален, и вы находитесь под наблюдением), теперь что же, обо всем забыть? Это как сказать – у нас из 10 или даже из 8 женщин одна заболеет раком груди! А даже доброкачественные заболевания груди – один из больших ВЕКТОРОВ СТРАХА. Как перестать бояться рака и защититься факторов риска развития онкологии наряду с наследственностью и влиянием эстрогенов (женских половых гормонов).

Поэтому вам теперь надо попытаться снизить риски: бросить курить, исключить алкоголь (тут опасны даже маленькие дозы!), поддерживать нормальный вес, ограничить приём гормональных препаратов (эстрогенов), регулярно заниматься физическими упражнениями. Если планируете завести ребёнка, то кормите его грудью не менее 6 месяцев. В некоторых нечастых случаях, когда сочетание факторов риска особенно велико, доктор может порекомендовать женщинам после менопаузы профилактический прием упомянутых антиэстрогеновых препаратов «Тамоксифен» или «Фемара».

#### **КОРОТКО О ДРУГИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОБЛЕМАХ С ГРУДЬЮ:**

– Боль и набухание молочных желёз. Боли циклического характера, связанные с менструацией (обычно двухсторонние), – частое и абсолютно безобидное состояние.

– Боль, не связанная с менструальным периодом, как правило, проявление каких-либо проблем вне грудной железы: мышечная боль, защемление позвоночного нерва, источником могут быть также лёгкие или сердце. Рак груди очень редко проявляется болями, только если это воспалительная его форма в запущенной стадии. Постоянные и нециклические боли могут беспокоить женщин с большой грудью из-за растяжения определенных связок (всё имеет свои плюсы и минусы!). Часто причину болей определить не удаётся. Обычно помогает диета с ограничением сладкого, мучного, исключение кофе и крепкого чая. Все равно болит? Тогда «лёгкие» обезболивающие – «Парацетамол». Если не помогает, доктор может назначить «Даназол» (лекарство, обычно применяемое для лечения эндометриоза и предменструального синдрома) или тот же «Тамоксифен».

– Выделение из соска. В подавляющем числе случаев является или физиологичным, или спровоцированным приемом лекарств и сопутствующими болезнями (гипофиза, щитовидной железы).



– Физиологические выделения могут быть как двухсторонними, так и односторонними. Обычно молочного цвета, а также желтые, зеленоватые или даже серые. А вот кровянистые – всегда признак патологии! Прозрачные выделения могут быть физиологичными, а могут и свидетельствовать о патологии грудной железы – особенно, если односторонние. Обычно это папиллома (что-то типа бородавки) общего протока, но если встречается у женщин после менопаузы, то за этим может стоять и рак, хотя это и не часто.

– Лекарства, которые могут спровоцировать выделения, – антидепрессанты, антипсихотики, некоторые гипотензивные.

– Втянутый сосок. Многие женщины с этим рождаются, потом сосок принимает обычную форму, часто только после родов. Если же нормальный сосок вдруг оказывается втянутым, надо идти к врачу. Опять же в большинстве случаев за этим не стоит никаких проблем, но иногда так может проявляться и рак. Лучше перестраховаться и провериться.

### **ЕСЛИ ВСЕ-ТАКИ ЭТО РАК?!**

Вам сделали пункцию, вы волновались всю неделю, не находя себе места в ожидании результата, и вот он пришел. И пришел неутешительный. Глубоко вздохните, подумайте и примите все как есть. Десятки миллионов диабетиков, впервые глядя на свои 7 ммоль/мл в анализе крови,жимают плечами и живут дальше, иногда даже пренебрегая лечением! Хотя от диабета умирает на порядок больше людей, чем от рака молочной железы, и он также может быть как контролируемый, так и неконтролируемый, и весьма агрессивный.

Сегодняшняя медицина перевела рак молочной железы из неизлечимых в разряд хронических заболеваний, как артериальная гипертензия, тот же диабет, атеросклероз... В развитых странах при первом обнаружении рака груди сегодня только 4% случаев имеют распространенную форму.

Потом, это только на первый взгляд рак одинаков. Ваш результат пункции просто пока констатирует факт, что опухоль принадлежит к разряду злокачественных. Вот этот термин из прошлого уже века и пугает и парализует! Давно пора дать этому другое название, например, «потенциально прогрессирующая» или что-то в этом роде.

А вот дальше может быть множество вариантов!

В выборе тактики и определения прогноза лечения определяющим является тип опухоли, её размер, наличие в ней гормональных рецепторов, вовлеченность лимфоузлов плюс ваши индивидуальные данные (возраст, климакс и проч.). Признано, что некоторые типы «злокачественных» небольших опухолей молочной железы могут оставаться не активными и даже регрессировать сами по себе. Конечно, рисковать никто не будет, и опухоль удалят в любом случае. Я привел это как пример того, что рак может вести себя по-разному!

Размер опухоли меньше 2 сантиметров относит ее к 1-й степени, от 2 до 5 ко второй и так далее. Размер, конечно, имеет значение, но не основное.

В случае впервые выявленного рака груди в выборе тактики лечения играет роль принципиальный фактор: вовлечены уже в процесс подмышечные лимфоузлы или нет. Если вовлечены, то обязательно будет проводиться химиотерапия. Да, тошнота и рвота, да, выпадение волос, но волосы вырастут, и тошнота пройдет. Тут главное – полностью задавить патологический процесс/27/.

Если же лимфоузлы под мышкой «чистые», то дальнейшая тактика зависит от вашего возраста и наличия в опухоли так называемых гормональных рецепторов

(к эстрогену, прогестерону), а также рецепторов к «эпидермальному фактору роста – 2». Запоминать ни к чему, это для общего развития.

Успехи лечения вовремя выявленного рака молочных желез практически перевели его из разряда неуклонно прогрессирующих заболеваний в ряд хронических, сродни диабету или атеросклерозу.

Женщинам до наступления менопаузы химиотерапию будут делать при любом раскладе. В случае отсутствия гормональных рецепторов ко всем трем факторам – «Triple-negative; трипл-негатив» – химиотерапию будут делать не только после, но и перед операцией. Вариант «Triple-negative» свидетельствует о более агрессивном поведении опухоли и встречается почти у 20% больных, чаще у молодых женщин.

С женщинами, уже достигшими менопаузы, тактика лечения немного другая. Если в опухоли выявляют гормональные рецепторы, а сама она не очень большая, то химиотерапию скорее всего делать не будут. Ограничатся противоэстрогеновыми препаратами. Недавно это были «Тамоксифен» и «Ревиста», сегодня – «Фемара» (из группы лекарств с красивым названием «ингибитор ароматазы»), которую выпишут вам из расчета таблетка ежедневно на протяжении 5 лет. Снижает риск рецидивов на 45%! Понятно, что и состояние лимфоузлов, и наличие в опухоли гормональных рецепторов определяется после операции исследованием удаленных тканей. У нас в стране подмышечные лимфоузлы при операции удаляются все. Это и боли после операции, и, главное, отеки руки, часто упорные.

За рубежом делают несколько иначе. До операции проводят исследование – лимфографию. Прямо в опухоль вводят шприцем микроскопическое количество радиоактивного вещества. На следующий день смотрят, в каких из 15—20 подмышечных лимфоузлов препарат накапливается. Обычно таких 3—4. Вот их на операции и удаляют для последующего исследования, остальные оставляют, чего их трогать, если лимфа из опухоли туда заведомо не оттекает?! Такой подход имеет явные преимущества – лимфостаз и отеки значительно меньше, а то и нет вовсе. Диагностическая процедура не сложная, оборудование есть во многих больницах. Почему в России это не входит в стандарт? Не очень понятно... «Да чего там, грудь удалим и подмышку почистим, там видно будет!» Лично сам слышал не раз в отношении женщин с подозрением на рак груди... Будто это не о человеке, а о старых «Жигулях» каких-нибудь!

Заметки на полях:

«Женщина-врач из моей больницы пошла удалять полип из полости матки. Причем не „в лоб“, а по звонку коллег. Процедура выскабливания достаточно проста, ну что я вам рассказываю, очень многие женщины с ней знакомы. Дали наркоз, полип быстренько удалили, а тут еще миома матки! Решили и ее заодно удалить. И удалили, но не всю, а большой кусок. В общем, проснулась моя доктор, кровоточит и день, и два, сделала УЗИ, обнаружила, что ей пытались миоматозный узел удалить. Она к тем врачам: „Как же так, зачем, он же никому не мешал?!“ Те разводят руками, мол, хотели заодно, ну так получилось. Давайте теперь вам матку удалим, и все будет хорошо! (Доктору, кстати, 30 лет.) Кто не читал мою „Русскую рулетку“, объясню всю дикость ситуации. Первое, симптомов нет – удалять не надо! Второе, перед удалением проводят гормональную терапию, которая уменьшает и сжимает миоматозный узел. Третье, сегодня доступен метод, когда в артерию, питающую миому, вводят эмбол, и узел отмирает сам (обидно – это хорошо делают у нас в больнице, но доктор постеснялась идти к своим знакомым). Последнее: удалять кому-либо что-либо без

предварительного согласия пациента (если он в сознании) – грубейшее нарушение и во всем мире влечет за собой судебное разбирательство! Везде, кроме как у нас...»

Теперь насчет удаления груди. Да, и сегодня практикуется так называемая радикальная мастэктомия, когда удаляют всю грудь, иногда вместе с подлежащей мышцей. Но и у нас, а в западных странах и подавно, это уже редкость, в практику прочно вошла операция по удалению именно узла, то есть небольшого участка груди, где и находится опухоль... Причем если повезет с расположением, то возможен подход через небольшой разрез около соска – и шрама почти не будет! Вся процедура – 2 часа, на следующий день – домой. Только надо помнить, что удаление узла – процедура, состоящая из 3 компонентов:

- Сама операция (что самое простое).
- Химиотерапия, кому она показана.
- Радиационная терапия. Облучение проводится после химиотерапии и обычно продолжается около 7 недель.

Только после выполнения всех составляющих можно считать лечение законченным. Необходимо регулярное наблюдение и прием антиэстрогеновых препаратов тем, кому это показано. Только помните, что прием этих препаратов («Фемара») может ускорять процесс потери костной массы – остеопороза, поэтому таким женщинам надо параллельно принимать лекарства для укрепления костей.

#### **ЕЩЕ ОДНА СУГУБО ЖЕНСКАЯ ОПУХОЛЬ:**

Речь пойдет об опухоли яичников. Второй по частоте гинекологический рак. Правда, в развивающихся странах его обгоняет рак шейки матки – сказывается отсутствие вакцинации против вируса папилломы человека, плохая гигиена и отсутствие регулярных медицинских осмотров.

В мире ежегодно рак яичников диагностируется у примерно 220 000 женщин. Высокая смертность при этом заболевании обусловлена тем фактом, что подавляющее большинство случаев этого рака диагностируются уже при достаточно распространенном процессе. До 60% женщин осознают, что они больны, уже имея метастазы в другие органы. Этот рак так и называют – «тихий убийца», потому что скрининг (обследование здоровых людей с целью раннего обнаружения патологии) сталкивается с определенными проблемами, а симптомы долгое время или отсутствуют вовсе, или весьма неспецифичны. Поэтому очень важно знать, кто должен быть особенно насторожен и на что надо обращать внимание в первую очередь.

#### **ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ:**

Давайте сразу обозначим группу женщин, у которых склонность к раку яичника определена генетически. Это уже упомянутые в разделе о раке груди носители гена BRCA и тех измененных генов, что мы видим при так называемом синдроме Линча. Опять же, напрягаться и запоминать не надо. Иногда мутации генов собираются в определенные комбинации, которые могут повлечь определенную комбинацию болезней (а могут и не повлечь). При упомянутом синдроме Линча резко повышается шанс рака толстого кишечника, матки, в меньшей степени яичников и желудка. Если конкретно – риск заболеть в течение жизни раком яичников у таких пациентов – до 15%, против 1,8% у женщин без подобного набора генов.

Определенные наборы генов, передаваемые по наследству, могут существенно повысить риск заболевания у женщин.

Далее, шансы рака яичников (как и многих других онкологических заболеваний) резко повышаются с возрастом. У пожилых он встречается вдвое чаще, чем у молодых. Предрасполагает к онкологии яичников бесплодие, эндометриоз и поликистоз яичников (подробнее об этих болезнях в моей книжке «Русская рулетка»).

Еще один фактор риска – курение, по степени риска сигареты лишь немного уступают 4 упомянутым болезням. Статистические наблюдения определили не только степени риска, но и некоторые защитные факторы. Так, например, меньше болеют раком яичников мамы нескольких детей, те, кто кормил грудью, а также те, кто принимал эстрогены – например, в составе противозачаточных таблеток.

Этот рак с очень сложным «характером». Он довольно долго развивается исподволь, никак до поры не беспокоя больную. При этом врачи столкнулись с тем, что обследования женщины с целью раннего выявления онкологии яичника, при всей чувствительности современных приборов, оказались, к сожалению, малоинформативными. Казалось бы – УЗИ прекрасно видит структуру яичников (особенно при использовании внутривлагалищного датчика), онкомаркер СА-125 повышен у 50—90% женщин с раком яичника, а есть еще и компьютерная томография и МРТ... Выявляем образования, кисты, разрастания, подтверждаем, что это онкология, повышением онкомаркеров, отправляем женщину на операцию. Рак подтверждается у одной из 10 пациенток, в семье которых эта патология уже была, и лишь у одной из 30 среди обычных женщин. Ну и слава Богу?! Не нашли же, можно спать спокойно?! Как сказать... Представьте, пошли вы в поликлинику, сделали вам УЗИ яичников и говорят: «Знаете, что-то мне не нравится ваш левый яичник, вот вам направление в лабораторию, проверим анализ крови». Вы видите направление на СА-125, и подруги (или Интернет) вам очень быстро объясняют, что это онкомаркер и, следовательно, у вас подозревают рак. Вы не спите ночами, ждете результат – и вот он приходит резко повышенным! Все – диагноз поставлен, вас пускают по кругу анализов и исследований, которые у нас делаются перед любой операцией в объеме в несколько раз больше, чем в любой другой стране (мы же богатые!). Вы идете в больницу по месту прописки или ищете специалиста на коммерческой основе. Нервничаете, не спите, все из рук валится, родственники тоже не находят себе места – и вот наконец операция. Через пару дней вы еще на обезболивающих и швы не сняты – вам говорят: «Хорошие новости, рака у вас нет!» Камень с плеч, вы настолько рады, что уже не огорчаетесь ни из-за послеоперационного рубца, ни из-за послеоперационного осложнения, которые, по данным одного исследования, встречаются у 20% женщин, прооперированных зря. Но ведь таких, как вы (в нашем гипотетическом случае), – 30 женщин на один выявленный рак! Почему бы в таком случае просто на улице всех женщин старше 50 не хватать и не тащить на операционный стол – цифры оперированных зря будут другие, но смысл тот же: не умением, а числом! Себестоимость подобной операции и предоперативных исследований – многие десятки тысяч рублей. Из этих 30 оперированных зря женщин у одной-то уж точно будет осложнение, а потраченные нервы, личные деньги и многое другое, связанное с вторгшимся в жизнь понятием «рак»!

Почему так происходит? Изменения яичников подчас слишком разнообразны, УЗИ хорошо их видит, но признаков, специфичных именно для рака, не так много. В попытке увеличить точность исследования создана система критериев оценки УЗИ – картины, но, как видим, и она оставляет желать лучшего. Компьютерная томография тоже часто ошибается, причем как в ту, так и в другую сторону: либо принимает за рак доброкачественные изменения, либо неспособна этот рак правильно диагностировать. Более многообещающе исследование МРТ, хотя и там специфичность оставляет желать лучшего. Как мы уже упоминали, онкомаркер СА-125 повышен у большинства пациенток с раком яичника. Однако этот белок повышается не только при раке, но и в ряде других случаев. Каких? Рассказываю:

– Миома матки

- Эндометриоз
- Цирроз печени
- Воспалительные заболевания мочеполовой системы
- Плевриты
- Рак другой локализации
- Заболевания почек

Уровень СА-125 может отличаться в зависимости от расы, возраста, курения (уровень исходно ниже у курильщиков и негров, выше у пожилых). Существует еще один онкомаркер рака яичника, называется РЕ-4. Для скрининга здоровых женщин не подходит и он, но, может быть, облегчит непростую задачу по дифференциации доброкачественного образования от злокачественного.

Заметки на полях:

«Одна из моих близких друзей, посетив Израиль, как и многие из наших соотечественников, решила пройти профилактическое обследование там. Про плюсы и минусы диспансеризации и связанные с ней риски она знала не больше, чем любой из вас. Ну а израильтянам все равно: любой каприз за ваши деньги! Когда в Москве я посмотрел её медицинское заключение, я понял, почему ей так настойчиво предлагали сразу по возвращении обратиться к хирургу: сложное образование яичника, повышен СА-125, а на КТ живота – подозрение на метастазы! От операции моя знакомая категорически отказалась, несмотря на все мои увещания. Провели МРТ – результаты также неутешительные, один просвет: онкомаркер РЕ-4 не повышен. На операции мы, совместными с другими врачами усилиями, все-таки настояли, понимали, что это надо делать срочно! В итоге метастазов нет, рака нет, застарелая киста, и ничего больше! И вердикт знакомой: ничего вы, доктора, не понимаете, зря я вас послушала!»

Выводы международных профессиональных сообществ онкологов и гинекологов: скрининг при помощи ультразвука и определения онкомаркеров асимптоматичным женщинам низкого и среднего риска НЕ ПРОВОДИТЬ. Носителям генных мутаций – синдром Линча, BRCA – проводить эти исследования, начиная на 5 лет раньше того возраста, в котором с раком яичника столкнулись их близкие родственники.

Мы только что употребили слово «асимптоматичный», то есть «без наличия симптомов». А каких, собственно, симптомов мы ждем, на что должны обращать внимание? Что-то специфичное, связанное с гинекологией? А вот и нет! При внимательном отношении врача и при условии, что вы сами знаете, на что обратить внимание, настораживающие симптомы могут быть обнаружены на самых ранних этапах. Вот эти симптомы:

- Периодические боли в животе или в области малого таза.
- Вздутие живота, ощущение «газов».
- Чувство быстрого насыщения при приеме пищи.
- Учащенное мочеиспускание.

Как видите, симптомы весьма неспецифичны и есть практически у всех. И вот тут все зависит от профессионализма врача и вашей внимательности и благоразумия! Если подобные симптомы наблюдаются ежедневно на протяжении нескольких недель, это уже основание для подробного обследования, тут совсем другая история, чем описанная выше!

#### **ЕЩЕ ОДНА СУГУБО ЖЕНСКАЯ ОПУХОЛЬ – КИСТА ЯИЧНИКА:**

Стандартная ситуация – посещение гинеколога, УЗИ, и вот обнаружена киста, по медицинскому определению – «патологическая полость в тканях или органах, имеющая стенку и содержимое». И сразу вопросы: что теперь делать? Нужна ли

**операция? Как срочно? Может она перерождаться в рак? А может, это и есть рак? На многие эти вопросы ответит ваш возраст: наступила ли у вас уже менопауза или пока нет?**

**Начнем с ситуации, когда до менопаузы еще далеко.**

**Киста яичников в этой ситуации в большинстве случаев является доброкачественной. Процент рака яичника в этой возрастной группе вообще 6—10%, шансы, что имеющаяся киста злокачественная, – чуть более 1%. Вообще, средний возраст, когда диагностируется рак яичника, – 63 года. Для доброкачественной кисты характерно заключение УЗИ: «простая киста», то есть полость без перегородок, участков уплотнения и проч.**

**Собственно, увеличение и разрастание фолликула, где содержится и развивается яйцеклетка, – процесс физиологический, нормальный, называется овуляцией. В дальнейшем фолликул разрывается и выпускает яйцеклетку в «большую жизнь». В подавляющем большинстве случаев яйцеклетка не оплодотворяется и превращается в так называемое желтое тело – полная аналогия с курицей и яичком! Но иногда фолликул не разрывается, и образуется физиологическая (или функциональная) киста. Размер таких кист обычно меньше 10 см в диаметре, и они спонтанно исчезают сами в течение нескольких недель, хотя многие «задерживаются» на несколько месяцев. Если они всё-таки так и не рассасываются, то некоторые превращаются в «серозную цистаденому яичника». Это, пожалуй, самая распространенная среди всех кист яичников (около 70%). Она лучшим образом подходит под классическое описание термина «киста яичника» – пузырь с прозрачной жидкостью. В медицине такую прозрачную светлую жидкость называют серозой, отсюда и название опухоли. Особенно часто кисты яичника образуются во время беременности.**

**Другой вариант – эндометриоз (состояние, при котором клетки, выстилающие полость матки, выходят за ее пределы и могут встречаться в любом месте организма). При появлении ткани эндометрия в яичниках появляются «шоколадные кисты» (названные так по цвету их содержимого) – при них, кстати, может резко повышаться тот самый онкомаркер СА-125. Перерождается ли эндометриозная киста в рак? Иногда, редко – да, может. Есть подобные статистические наблюдения, риск онкологии яичников по их данным статистически значимо увеличивается по сравнению с женщинами без эндометриоза.**

**А вот сущая экзотика для не медика: так называемая дермоидная киста. Яичники содержат «зародышевые клетки», когда-то изначально из подобных клеток развились и наши эмбрионы... Опухоли и кисты из этих клеток очень часто встречаются на 2-м и 3-м десятилетии жизни женщины. При удалении подобной кисты, надрезав её, можно обнаружить зубы (!), волосы (!), участки кожи (!) Зародышевые клетки делают то, что им изначально было предназначено. Может ли такая киста быть злокачественной? Да, может, не часто, к счастью, но все-таки: в 2—5% случаев. Кстати, подобный тип опухоли встречается и у мужчин, развивается из зародышевых клеток яичек.**

**Заметки на полях:**

**Мужчинам тоже бывает несладко! И рак яичек бывает довольно часто, и всякая другая напасть! В странах Африки часто встречается инфекция «филяриоз», приводящая к водянке яичка. Иногда это принимает чудовищные формы! Однажды во время командировки в Анголу я дежурил в приемном отделении госпиталя. Собственно, «дежурил» – это немного некорректно сказано, там вообще из госпиталя уйти удавалось редко. И вот ко мне в смотровую заходит мальчуган и спрашивает, могу ли я принять его отца? Приняв мою кривую от усталости ухмылку за согла-**

сие, он вышел и через несколько минут вернулся, пятясь и открывая дверь задом. За ним следовал его отец, чудовищно разросшиеся яички которого, еле-еле обхватив руками и надрываясь, тащил его сын! Когда он опустил свою ношу, это выглядело как распухшая третья нога! Собственно полового члена не было видно – он давно утонул где-то там, в этой массе, и только подтеки мочи свидетельствовали, что он еще есть. Мы удалили всю эту опухоль – когда взвесили, то оказалось, что она весила 40 кг! Счастливый пациент горячо нас благодарил и говорил: «Доктор, я летаю!»

Никогда не задумывались, почему природой так устроено, что у женщин яичники внутри туловища, а у мужчин яички – снаружи?! Так вот, яйцеклетка созревает и развивается при температуре 36—37,5 градуса, тогда как сперматогез требует более прохладной температуры – 35,5 градуса. Вот яички и вынесены за пределы тела, «на холодок».

У женщин после менопаузы акценты немного меняются. Здесь шансы, что киста имеет онкологическую природу, выше, чем в случае более молодых женщин. Это накладывает на врача необходимость более тщательно проверить все факты. Шансы, что киста злокачественная (опять это слово!) выше если:

- Есть генетическая предрасположенность или семейная история рака яичников или груди, как мы уже говорили.
- Киста неоднородная, содержит плотные участки, узлы, перегородки.
- При исследовании определяется пусть хоть и незначительное количество жидкости в брюшной полости.

Отсюда и ответ: что, собственно, с этой кистой делать? Если у предменопаузальных женщин большинство кист можно просто наблюдать (если она не растет и не тревожит и является той самой «простой серозной кистой»), то после менопаузы подход врачей более агрессивный. Если хотите короткий и однозначный ответ, то он будет таким: киста яичника, возникшая после наступления менопаузы, должна быть удалена хирургически! В самом деле: яичник уже не функционирует, риск перерождения в рак всегда есть, так ради чего на этой мине сидеть!

#### **ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ РАК ЯИЧНИКА ПОДТВЕРЖДЁН?**

С такой ситуацией в мире ежегодно сталкиваются 220 000 женщин. Где-то у 25% из них рак обнаружен в ранней стадии, когда опухоль расположена еще в пределах яичника или, во всяком случае, процесс находится в пределах малого таза. К сожалению, остальные 75% женщин к моменту подтверждения диагноза имеют более распространенный процесс – вовлечение лимфатических узлов и брюшины, а то и отдаленные метастазы.

В первом случае химиотерапия может быть применена, а может, и нет. В случае более распространенного процесса химиотерапия будет сделана обязательно. Более того, в некоторых случаях ее проводят и перед операцией. Но вот так или иначе основное лечение получено, что дальше? Непростая операция, тяжелая химиотерапия могут иметь долгие негативные последствия для качества жизни женщины. У многих развивается депрессия, тревога... Мучают мысли: «Ну как же я не пошла к врачу раньше? Ведь чувствовала, что живот раздут и болит!», «А вдруг у дочери будет такое же?» ну и так далее... Тут надо собраться, проявить самодисциплину и силу воли, не отвлекаться на пессимизм, продолжать заниматься посильными физическими нагрузками, соблюдать разумную диету. Только это повысит качество жизни, а в итоге и ее продолжительность!

## 1.11.САМЫЙ ОПАСНЫЙ РАК

Курильщики – эта глава в основном для вас! Ведь она посвящена раку лёгкого. Каждый третий заядлый курильщик сталкивается с этим диагнозом. 90% больных раком легкого курят (курили)! А. Мясников /27/.

Знакомьтесь – самый опасный рак! Занимает печальное первое место по смертности среди всех онкологических заболеваний. И у мужчин, и у женщин. Ежегодно от этого заболевания умирает около 1,6 млн человек.

### СЛУЧАЙНО ОБНАРУЖЕННЫЙ УЗЕЛ В ЛЕГКОМ И ФАКТОРЫ РИСКА

К счастью, далеко не всегда обнаруженное образование в легком – это рак. В подавляющем числе случаев это воспалительные или рубцовые изменения, доброкачественные уплотнения, вообще вариантов много.

Давайте разберем ситуацию, когда на рентгенограмме случайно обнаружен узел в легком. Частая ситуация именно в нашей стране, потому как флюорография и рентген органов грудной клетки в России входят в диспансеризацию, а в Америке нет. Оно и понятно – мы ищем не рак легкого, а туберкулёз. Ну а туберкулёз у нас 68 случаев на 100000 населения, а у них всего 4! И вот туберкулез не нашли, а обнаружили единичный узел в лёгком. Ситуация встречается в 6% случаев! Что делать? Это может быть безобидное образование, а может периферический рак легкого! Имеется в виду изолированный узел в легком, без какого-либо видимого увеличения лимфоузлов. Если они увеличены, там другая тактика с первоначальной их биопсией.

Мы уже касались этой темы в моей предыдущей книге «Русская рулетка», но считаю, что повторение в этой главе будет и уместно, и полезно /27/.

Итак, в первую очередь не паниковать! Повторяю: если вы не курите, то шанс онкологии лёгких у вас минимальный. В 90% СЛУЧАЕВ РАК ЛЁГКОГО – ЭТО БОЛЕЗНЬ КУРИЛЬЩИКОВ!

Если курите, то дальнейшая тактика зависит от дополнительных факторов риска, размеров узла и его характеристик. Даже в случаях высокого риска статистика показывает, что почти 90% узлов и в этих случаях носят доброкачественный характер.

И все-таки с раком лёгкого все очень сложно...

Например, одна из его разновидностей – мелкоклеточный рак – на момент выявления оперативному лечению уже не подлежит, только химия и радиация... Итак, алгоритм действий при случайно выявленном узле в лёгких:

## 1. ОЦЕНИТЬ РИСКИ

Это курение, курение и курение! Нет безопасной формы курения! Не только сигареты, но и сигары, трубки и даже жевательный табак вызывают не только рак лёгких, но и онкологию полости рта (тоже не сахар!). У некурящих выясняется возможность «вторичного курения»: курит ли супруг или коллеги. Такое «вторичное», или «пассивное», курение является официально признанным канцерогенным фактором.

– Стаж курения. Особенно опасно, если он более 15 лет. Причём чем большее количество сигарет вы выкуриваете, тем больше риски. Если вы бросили курить, риск заболеть остается еще долгие годы и окончательно нивелируется лет через 10—15! И все равно этот риск остается в два раза выше, чем у тех, кто никогда не курил!



– **Возраст.** С годами шанс заболеть становится выше, у курильщика опасная черта проходит по 35 годам!

– **Факторы окружающей среды и профессиональной деятельности.**

– **Профессиональный контакт с углём, асбестом, радоном, облучение.** Помните о вреде частых компьютерных томографий! «Доктор, у меня спина болит, давайте просветим, что у меня там?» – может плохо кончиться. Небезразличны печное отопление, мангалы: для поваров восточной кухни это профвредность...

– **Наследственность.** Ни один вид онкологии не является исключением: вирусы, никотин, другие канцерогены у кого-то вызывают болезнь, а у кого-то нет, очень важна генетическая предрасположенность!

– **Наличие симптоматики:** кашель, одышка, снижение веса. В ранних стадиях ожидать развернутой симптоматики не приходится, но настороженность должна быть.

## 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ УЗЛА

В первую очередь это размер. Больше они или меньше 8 мм. Далее у рентгенологов есть свои критерии, как они выглядят, нам важен 3-й критерий: растет ли узел?

В результате если риск у вас маленький, например, 30-летний человек, который никогда не курил, и размер меньше 8 мм, то повторяют компьютерную томографию (не рентген!) через год, а потом еще раз через год. Узел не вырос – и забыли!

У курильщика риск заболеть раком лёгкого резко возрастает уже с 35 лет.

**Бросайте курить!**

Другая история, если риск средний. Молодой человек, 35 лет, со стажем курения не очень большим, при этом узел также менее 8 мм. Здесь наблюдение более плотное: через 3, 6, 9, 12 и 24 месяца. Если узел больше 8 мм, то проводят позитронно-эмиссионную томографию (очень высокотехнологичный метод, мало где доступный) и пункционную биопсию.

Если риск высокий (35 лет и курильщик со стажем) и узел большой – больной посылается на операцию, во время которой биопсия показывает, что к чему.

Но это случайно найденные узлы. А что проведение скрининга на раннее выявление рака лёгких? Многолетний анализ всех данных обусловил единодушное мнение медицинских сообществ пульмонологов и онкологов: обычный рентген для этого не подходит! Исследование выбора: компьютерная томография с низкой лучевой нагрузкой, но не всем. Статистика показывает, что польза такого подхода перевешивает возможный вред (а он есть: то же облучение, случайные находки, которые влекут за собой каскад ненужных исследований, а то и операций) только у курильщиков со стажем. Сейчас, правда, на подходе и другие методы скрининга – исследования мокроты и даже анализ крови. Медицинские сообщества задают резонный вопрос: «Мы тратим колоссальные усилия и ресурсы, чтобы предотвратить печальный исход, вы же можете его предотвратить сами, бросив курить, и еще останетесь в плюсе!»

Выше были перечислены большие факторы риска для развития рака легкого, но, к сожалению, это не все. Ведь 10—15% заболевших никогда не курили. Особенно это относится к женщинам, живущим в Азии, там число никогда не куривших больных женщин достигает почти половины от общего количества. Причина – загрязнение воздуха продуктами сгорания угля и дров: весь Китай и его соседи топят в основном углем. Посмотрим, что еще может влиять на заболеваемость.

Во-первых, это наличие хронических воспалительных заболеваний легких. Хронический бронхит, эмфизема, частые пневмонии и особенно туберкулез являются независимыми от курения факторами риска.

Во-вторых, все большее внимание привлекают пищевые пристрастия заболевших. Низкое потребление фруктов и овощей сегодня не только отдельный фактор риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, но и для онкологии, включая рак легкого... Как и вообще низкое потребление клетчатки. Особенно тревожны данные большого исследования, во время которого проверяли вероятные антираковые возможности одного из компонентов витамина А – бета-каротина. Теоретические обоснования для этого были, но на деле оказалось, что бета-каротин не только не предохраняет, а, наоборот, резко усиливает склонность к раку легкого, особенно у курильщиков! Как только этот факт проявился, исследование тут же остановили. Исследователи теперь ломают голову, почему так, и пока напоминают: большие дозы бета-каротина содержатся в поливитаминах, рекламируемых как улучшающие зрение!

В-третьих, до сих пор дискутируется возможная связь женских половых гормонов и рака легкого, какие-то исследования это подтверждают, какие-то нет!

Итак, вырисовывается картина типичного больного с раком легкого: заядлый курильщик за 40 лет, «подкашливающий», с хроническим бронхитом, житель большого промышленного города, который питается всем, чем угодно, кроме овощей и фруктов... Никого не напоминает? Добавим любовь к колбасе и пельменям, особенно под рюмку, избыточный вес, малую физическую активность и получим классический набор факторов риска уже не только к раку легкого, но и к онкологическим заболеваниям вообще! С одним «но»: ведь все это еще и факторы риска инфарктов и инсультов, так что до онкологии можно еще и не успеть дожить! И посмотрите, ведь всё еще не поздно изменить – было бы желание!

Заметки на полях:

Любители знаменитого сериала «Во все тяжкие» («Breaking bad») помнят, что заболевший раком лёгкого главный герой Уолтер Уайт не курил и жил в небольшом городке в Аризоне. Его история перерождения из скромного учителя химии, едва сводящего концы с концами, в гениального преступника, хладнокровного и расчетливого, у которого диагноз рака лёгкого убил всякий страх смерти, завораживает зрителей по всему миру! И мало кто знает, что у Уолтера был реальный прототип: да-да, учитель химии из Аризоны, ставший крупнейшим наркодельцом. Так вот, этот реальный прототип – КУРИЛ, но сегодня показывать курильщика на экране в США очень чревато, вот киношный Уолтер и выглядит «невинно пострадавшим» из тех самых 10%!

#### **СИМПТОМЫ И ПРОФИЛАКТИКА /27/**

Обычно когда есть симптомы, то опухоль, скорее всего уже довольно большая. Именно поэтому мы и говорим, что надо бросать курить, её не дожидаясь, и ломаем голову, как выявить болезнь на доклиническом этапе. Еще одно соображение: почти все разновидности злокачественных опухолей легких можно грубо разделить на две категории – мелкоклеточный рак (15—20% случаев) и немелкоклеточный рак (80—85%).

Как уже было сказано, мелкоклеточный рак к моменту своего выявления неоперабелен. То есть операция возможна, но прогноз она меняет мало, остается надеяться только на химиотерапию и радиацию. Другие, немелкоклеточные разно-

видности рака легкого менее агрессивны, и их довольно успешно оперируют. Так вот факт, мелкоклочечный рак встречается **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** у курильщиков!

Наиболее частый симптом – кашель. Либо появившийся вновь, либо изменившийся характер давнего кашля, особенно появление прожилок крови или большого количества мокроты. Конечно, далеко не все случаи хронического кашля (даже и курильщика) связаны с онкологией легких, но настороженность должна быть!

Одышка, боли в грудной клетке – тоже могут говорить о раке легкого. Хотя в общей массе эти неспецифические симптомы присущи многим болезням и состояниям!

Иногда опухоль может сжимать внутри груди сосуды и нервы, что приводит к отекам лица, например, или к боли в плече. А также хрипоте, опущению века и многому другому. Также для рака легкого довольно типичны паранеопластические синдромы.

Описывать симптоматику рака легкого можно довольно долго, особенно учитывая его склонность к раннему метастазированию и, таким образом, появлению внелегочной симптоматики. Мы не будем углубляться в подробное описание, потому что наша задача – определение факторов риска и раннее выявление и профилактика. Давайте оставим онкологам подробности симптоматики и лечения и поговорим о профилактике. Даже не о том, что лучшая профилактика – избегать факторов риска и бросить курить, а о профилактике с помощью лекарств. Да – да, есть и такой подход! Доказательная база предотвращения рака легкого при помощи лекарственных препаратов весьма слаба, но что еще делать, если люди по своей слабости не могут отказаться от курения или страдают хроническими воспалительными заболеваниями лёгких?! Витамины, микроэлементы (селениум) и антиоксиданты ожидавший не оправдали – вопреки теоретическим обоснованиям оказались бесполезными и даже вредными. Потенциальную пользу проявили гормональные «пшикалки» – ингаляции (как при астме) противовоспалительных гормональных препаратов.

Другой медикамент, возможно, снижающий риск заболевания раком легкого, – это аспирин. В маленьких дозах уже много десятилетий он успешно применяется кардиологами для предотвращения инфарктов и инсультов. Как средство для химиопрофилактики рака аспирин доказал свою эффективность в случаях онкологии толстого кишечника. Статистический анализ почти 24 000 случаев онкологии выявил тенденцию к меньшему метастазированию рака легкого у тех, кто регулярно принимал аспирин в малых дозах. Тенденция – это всего лишь тенденция, а не основание рекомендовать аспирин всем подряд. Однако если у вас сочетание факторов риска для развития инфаркта или инсульта (повышенное давление, холестерин, сахар и проч.), вам более 50 лет, да еще в роду были случаи онкологии толстого кишечника, то прием аспирина, скорее всего, вам показан.

Существуют препараты, снижающие риск заболевания, например гормональные ингаляции для курильщиков.

В случае, если рак уже диагностирован и пролечен, речь может идти о вторичной профилактике рецидивов. Для этой цели применяются сложные дорогостоящие лекарства («Эрлотиниб», «Гефитиниб», «Кризотиниб» и другие). Правда, тут речь идет только о случаях немелкоклеточного рака, и группы пациентов для лечения подобными препаратами должны отбираться особенно тщательно! Это уже упомянутая так называемая таргетная – адресная терапия, относящаяся к разделу иммуноонкологии.

Тут требуется наблюдение грамотного специалиста, так как потенциальная польза может нивелироваться негативным сочетанием с основными элементами

химиотерапии и побочными явлениями. Важное значение в использовании подобных препаратов играет определение генотипа опухоли (потому терапия и называется адресной!). При некоторых вариантах генных мутаций опухоли применение подобных препаратов особенно успешно и может отодвинуть перспективу применения жесткой химиотерапии.

## **1.12. СПОСОБ БРОСИТЬ КУРИТЬ /36/**

Бросить курить – задача весьма непростая. Много зависит и от вашей силы воли, и от стажа курения, и от окружающей обстановки в семье, на работе.

Несколько простых советов, которые помогут вам отказаться от курения:

- Заранее назначьте для себя день борьбы с курением, поставив вопрос ребром.
- Проанализируйте, почему именно вы курите, возможно, для этого нет таких уж веских причин

- Откажитесь от автоматического курения, курите только тогда, когда вам это действительно необходимо.

- Если вы курите, чтобы убить время, найди себе какое-нибудь иное занятие.
- Откажитесь от других привычек, которые сопутствуют курению.
- По возможности избегайте компании курящих людей.
- Сделайте так, чтобы курение мешало вам.
- Смените сорт сигарет на тот, который вам меньше всего нравится.
- Заручитесь поддержкой родных и близких, объедините свои усилия с кем-нибудь из друзей, которые тоже решили отказаться от курения.

**ВАЖНО ЗНАТЬ!** По возможности избегайте компании курящих людей.

- Понемногу уменьшайте количество выкуриваемых за день сигарет.
- Наконец, запланируйте день полного отказа от сигарет.
- Постарайтесь преодолеть первые неприятные ощущения, связанные с отказом от вредной привычки.

- Не сдавайтесь при первых же трудностях, дальше будет легче. Помните о том, какую пользу это принесет вашему здоровью.

- Но достоинству оцените все положительные моменты, связанные с отказом от курения.

- Постепенно оттягивайте время первой утренней сигареты, по крайней мере выпейте хотя бы стакан воды.

- Не курите сразу после еды – переждите хотя бы минут десять.

- Выберите два или три часа в сутках, в течение которых Вы не будете курить. Это должно быть строго определенное время: например, не курить с 12.00 до 14.00. Возможно, со временем Вам удастся устроить и второй подобный перерыв, а там и третий...

## **1.13. РАК ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ /27/**

**ВРАГ №3: РАК ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА**

Онкология кишечника – третий по частоте выявляемый рак у мужчин и второй у женщин! По данным ВОЗ – 1,2 млн новых случаев в год!

Наследственность, возраст, факторы внешней среды – все многократно исследуется, чтобы вывести основные факторы риска этого заболевания. Итак, что мы на сегодня о них знаем:

– **Наследственность.** Есть генетически обусловленные формы рака толстого кишечника. Это уже упомянутые разновидности генных мутаций, объединенных в синдром Линча (для тех, у кого всплывают ассоциации с «судом Линча»: тот судья был Чарльз, доктор же, впервые описавший этот синдром, Генри). Помимо этого есть передающиеся по наследству (к счастью, довольно редко!) синдромы врожденного множественного полипоза, при котором полипы перерождаются к 45 годам в рак в 100% случаев! Этим людям в молодости (обычно эти полипы проявляются к 16 годам) удаляют большую часть толстого кишечника профилактически (теперь это называют «эффект Джולי»!) – сурово, но вариантов нет! Семейная история случаев рака толстого кишечника или даже доброкачественных полипов толстого кишечника тоже значительно увеличивает риск развития рака, особенно если это выявилось у родственников первой линии до 60 лет. Врачи сделали из этого практический вывод: людям из подобных семей колоноскопию начинают в возрасте 40 лет, а не в 50, или на 10 лет раньше того возраста, когда это было выявлено у отца или у матери /27/.

Заметки на полях

«Как-то в Нью-Йорке я послал на колоноскопию мужчину возраста 36 лет. Врачи ее сделали, но страховая компания оплатить это исследование отказалась – сочли, что скрининговое исследование проведено необоснованно рано. Однако после нашей переписки, когда я подробно объяснил про наследственность и синдром Линча, деньги вернули. Я думаю, что они понимали всё с самого начала, но решили исключить из оплаты по формальному поводу: вдруг пройдет?! Врачи – эксперты страховых компаний сродни службе коллекторов, выбивающих долги, – и там и там девизом служит крылатая фраза Аль Капоне: „Ничего личного!“».

– **Возраст.** Приобретенный ненаследственный – рак кишечника почти никогда не встречается ранее 40 лет в противоположность наследственным формам, когда и в 25 не редкость... В 90% случаев он диагностировался после 50 лет. Однако последние годы статистика тревожна: рак толстого кишечника стремительно молодеет!

– **Наличие доброкачественных полипов толстого кишечника.** Один из самых распространенных вопросов: «Доктор, у меня обнаружили полип, теперь будет рак?!» Ответ – в подавляющем числе случаев это пустые страхи! Действительно, некоторые полипы могут перерождаться в рак, для того мы и делаем колоноскопию, чтобы такие полипы вовремя выявить и удалить. Опасность представляют в первую очередь большие полипы – более 1 см – и полипы определённого гистологического строения, так называемые «волосистые» полипы. Их наличие превышает риск развития рака в 3—4 раза. Остальные разновидности полипов достаточно безобидны.

– **Наличие предрасполагающих воспалительных заболеваний кишечника.** К ним относятся язвенный колит и болезнь Крона. Это воспалительные заболевания кишечника, причины возникновения которых до сих пор до конца неизвестны. Определяющую роль, видимо, играет наследственность, которая может проявляться при воздействии определённых провоцирующих факторов: например, инфекции. Они поражают обычно толстый кишечник, хотя могут распространяться и за его пределы. Особенно болезнь Крона, про неё говорят: может вовлечь любой участок желудочно-кишечного тракта – от рта до ануса. Воспалительные заболевания кишечника вызывают боли в животе, слизь, кровь в стуле, непереносимость многих продуктов. Иногда протекают с вовлечением в патологический процесс не только кишечника и остального желудочно-кишечного тракта, но и других

органов – суставов, глаз... Почему? Так и не ясно... Избавиться от этих болезней совсем нельзя, с помощью современных лекарств достичь длительной ремиссии – вполне реально.

– Язвенный колит увеличивает степень риска развития рака толстого кишечника, и повышается этот риск примерно через 10—15 лет после постановки диагноза. Степень риска прямо зависит от степени распространения воспаления – при вовлечении только левых отделов кишечника риск значительно меньше. Болезнь Крона тоже связывают с увеличенным риском онкологии, однако здесь связь прослеживается менее чётко...

– Диабет. Увы, диабетики – группа риска многих онкологических заболеваний. Невосприимчивость рецепторов тканей к действию инсулина – а это основа диабета второго типа – приводит к воспалительным изменениям и повышению инсулина в крови. Инсулин же считается мощным фактором роста для клеток кишечника. Доктора считают, что корень проблем зарыт где-то здесь!

– Ожирение. Вот уж: «Мы с Тamarой ходим парой!» И там и там большую роль в патогенезе имеет всё та же невосприимчивость к инсулину. Развивается метаболический синдром, а там и диабет... Причем про ожирение – это не просто слова. Проанализировали огромный статистический материал (> 35 000 случаев) и установили взаимосвязь: увеличение индекса массы тела на 5 кг/м<sup>2</sup> (индекс массы тела высчитывается делением веса на показатель квадрата роста в метрах) сопровождается увеличением риска рака на 24%!

– Неправильное питание. Низкое потребление клетчатки (опять!) и избыточное потребление красного мяса, особенно жареного, запечённого, колбас и сосисок, ответственны за распространение и «омоложение» рака толстого кишечника. Это видно даже при взгляде на карту мира. Если наложить на нее частоту распространения болезни на душу населения, то окажется, что наиболее густо она покрывает США, Европу и Австралию, где и обитают любители мяса и мясной кулинарии, а в странах с традиционно высоким потреблением фруктов и овощей – Южная и Центральная Азия и Африка – она значительно ниже! Интересно, что переселенцы из Африки в Америку – афро-американцы – уже страдают раком кишечника значительно чаще, чем белые, – они потребляют значительно больше дешёвого фастфуда. Видимо, с потреблением низкопробной пищи связано и большее распространение рака кишечника среди малообеспеченных слоев американского общества. У того, кто любит овощи и фрукты больше, чем красное мясо, меньше риск заболевания кишечника.

– Алкоголь. Ну да, а вы как хотели? Злоупотребление алкоголем приводит к нарушению всасывания фолиевой кислоты, и далее запускается целый каскад патологических изменений. Специалисты сравнивали риски тех, кто не пьёт вообще, минимально потребляющих (один бокал вина или рюмка крепкого), потребляющих умеренно (2—3 бокала/рюмки) и тяжело пьющих (4 рюмки/бокала. Ну да, это же американская классификация, отнеситесь с пониманием! Минимальное потребление оказалось безопасным, тогда как умеренно и тяжело пьющие составили основную зону риска.

– Курение, конечно, курение! Причем у курильщика чаще встречается не только рак кишечника, но и полипы. В общем, пора бросать!

Но есть и хорошие новости! Существуют факторы, доказанно предохраняющие от развития рака кишечника. Это:

– Физическая нагрузка.

– Диета. Клетчатка, клетчатка и ещё раз клетчатка. Не устаю повторять! Сделайте уже выводы! и взамен – как можно больше Ограничение количества потребляемого красного мяса, – больше рыбы! Доказано: «рыбоеды» страдают раком кишечника значительно реже! Некоторые полагают, что превентивным действием обладает и чеснок. Чётких доказательств этому пока нет, но если нравится – ешьте!

Многообещающей была фолиевая кислота. Теоретически и в опытах на лабораторных животных могла бы предотвращать рак. Стали давать синтетическую фолиевую кислоту и обнаружили, что частота рака в этой группе пациентов не убывает, а возрастает! Видимо, есть пока не установленная разница между натуральными и синтетическими витаминами (подробно об этом в моих предыдущих книгах) /27/.

Не смогли доказать и положительное действие синтетических антиоксидантов, не помогают они предотвратить рак кишечника.

– А вот кальций с витамином D доказали свою полезность в предотвращении рака кишечника и сегодня входят в рекомендации гастроэнтерологов! Так что налегайте на обезжиренные молочные продукты! /??? /

– Много лет ведутся работы, убедительно доказывающие защитный противораковый эффект аспирина! Поэтому когда кардиологи колеблются, давать для профилактики сердечных болезней аспирин или не давать, и подсчитывают «за» и «против», наличие факторов риска для рака толстого кишечника обычно склоняет чашу весов в сторону «давать»! /подкисление крови – любое... – моя

мама приговаривала: «Кисленько – здоровенько!» /.

– Есть обнадеживающие результаты, что в предохранении от этого рака могут играть роль статины – группа лекарств для понижения повышенного холестерина – и так называемые бифосфонаты. Сегодня эти препараты лежат в основе лечения и профилактики остеопороза.

#### **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ**

Рак толстого кишечника – это не прыщ, он никогда не вскакивает сразу! Его рост, например, из потенциально опасных полипов обычно занимает около 10 лет. Поэтому логически совершенно оправданна современная клиническая практика: регулярная колоноскопия, начиная с возраста 50 лет с 5-летним интервалом. Смотрим, если находим подозрительный полип – удаляем. Не находим – ну и хорошо, встретимся через 5 лет! Такой подход позволяет снизить риски умереть от рака кишечника почти на 90%!

Но мы же боимся! «Ой, как это ужасно!», «И вот эту трубу вы хотите в меня засунуть?», «Что?! Какие 4 литра слабительного накануне?!». И бессмертное: «А вдруг что-нибудь найдут?!» Ну а для чего мы это делаем – полюбоваться на ваш кишечник изнутри?! Насчет «больно» и прочего: сегодня во многих клиниках можно пройти эту процедуру под анестезией. Укол в вену, человек засыпает, после процедуры его будят, он открывает глаза и обычный вопрос: «Когда начнут?!» И радостное удивление, когда понимает, что все уже позади!

Ну, наконец есть «виртуальная», компьютерная томография! Там уже никакой зонд не вводят, хотя необходимость большого объема слабительного для тщательной подготовки кишечника никто не отменял. Плюсы: возможность видеть кишку не только изнутри, но и окружающие ее ткани (хотя это иногда оборачивается и минусом – возрастает шанс находок «неясной клинической значимости», влекущих за собой каскад других исследований без определенного результата). Минусы – если обнаружат полип, нет возможности тут же его и удалить или взять биопсию, все равно надо делать настоящую колоноскопию. Поэтому этот метод не для пациентов

высокого риска или тех, у кого ранее обнаруживались полипы. Но для большинства людей специалисты считают вполне допустимым сделать настоящую колоноскопию изначально в 50 лет и потом каждые 5 лет повторять компьютерную колоноскопию. Ну а дальше уже по результатам.

Тем, кто летит для обследования за рубеж (наши любимые направления Израиль, Германия, Турция, Швейцария): если вам сделали реальную колоноскопию и при этом удалили полип, вы не должны брать обратный билет ранее чем через 2 суток. Дело в том, что на той высоте, на которой летят пассажирские самолеты, в салоне разреженный воздух и давление (поэтому чернила из перьевых ручек когда-то, до эпохи картриджей, и выливались в полете, пачкая рубашку, – кто постарше, помнит, что стюардессы разносили специальные целлофановые пакетики для ручек). Тот воздух, который при колоноскопии нагнетается в толстую кишку для того, чтобы расправить все складки для лучшей видимости, частично остается внутри еще какое-то время. Он-то и раздувает кишку в полете. А место, где накануне был удален полип, – «слабое звено», отсюда возможность разрыва кишки. Так что «береженного Бог бережет», отложите полет на пару дней!

Но самый распространенный метод скрининга не колоноскопия, а ежегодный анализ кала на скрытую кровь. Да, тест очень не специфичный, на его результат может влиять множество вещей, но он помогает выявить то небольшое количество крови, которое сопровождает рост полипа или уже опухоли. С 2014 года введен в практику и анализ стула на определение ДНК опухоли (прямо уже чистая криминалистика!). В Америке распространена практика, когда пациент покупает тест-полоску для анализа стула на скрытую кровь, наносит на нее частичку кала, запечатывает и посылает по почте в лабораторию. Очень удобно! Так же, кстати, можно провериться на ВИЧ: проводишь тест-полоской по внутренней стороне щеки, запечатываешь и посылаешь! Но вот с тестом на определение ДНК ситуация немного другая: в посылку надо упаковать ВЕСЬ кал, все сделанное вами в туалете!!! Представляете, что творится в некоторых почтовых отделениях в Америке?! А процесс упаковки?! Колоноскопия за счастье покажется!

Теперь о подозрительных симптомах. Первый и najważнейший: то, что врачи называют «изменение кишечных привычек» (ну да, опять топорный прямой перевод с английского!). Расшифрую: всегда была склонность к запорам, а тут стул в основном жидкий! Всегда бегал по 3 раза в день, а тут крепит! А еще и боли какие-то, и бурчание! Опять же – симптом весьма не специфичный. Подавляющее число людей и не имеют никакого рака, и страдают синдромом раздраженного кишечника (см. мои предыдущие книги). Но синдром раздраженного кишечника – диагноз исключения и ставится только после проведения колоноскопии при отсутствии каких-либо находок. Вообще, надо быть настороже, особенно если возраст за 50 и есть факторы риска /27/.

Никогда не оставляйте без внимания железодефицитную анемию, особенно у мужчин. У женщин ее часто можно объяснить ежемесячными физиологическими кровопотерями, у мужчин это всегда патология. И очень часто за этим может стоять рак толстого кишечника!

Длительное повышение температуры выше 37,7 без выявленной причины. Рак толстого кишечника в 10—25% случаев сопровождается появлением в крови бактерий: стрептококков или клостридий. Любимый вопрос на американских лицензионных экзаменах – в крови у температурающего больного выселили *Streptococcus bovis*, ваш следующий шаг? И 5 ответов на выбор. Как вы думаете, сколько из наших врачей осознанно ответят «колоноскопия»?!



Некоторые симптомы связаны с обструкцией кишечника опухолью, перфорацией стенки, кровотечениями, но это уже дело врачей стационара – правильно определиться с тактикой диагностики и лечения. Такие больные обычно попадают в хирургические отделения с входными диагнозами непроходимость, тромбоз, язва, аппендицит и проч.

Не могу не сказать отдельно про «дисбактериоз». В предыдущих книгах я неоднократно указывал, что употреблять этот термин так, как это делают наши врачи, абсолютно неправильно. Он давно превращен в мусорную корзину, куда неграмотный и невнимательный врач списывает все: и синдром раздраженного кишечника, и воспалительные заболевания кишечника, и дивертикулез, и токсический мегаколон, и заболевания поджелудочной железы! И очень часто больные с начальными проявлениями рака кишечника трактуются как имеющие «дисбактериоз», отправляются пить бессмысленные кефирчики и лишаются тем самым шансов на успешное лечение, будь оно сделано вовремя! У меня так в свое время загубили тестя – героя войны и умнейшего человека, до сих пор за себя стыдно, что по молодости и глупости «повелся» тогда на тех врачей с их «дисбактериозом»... Бегал, какие-то закваски и дрожжи доставал, коньяк дарил...

#### **1.14.ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ВСЕ РАКИ ОДИНАКОВЫ /27/:**

Рак щитовидной железы, может, и не самый распространенный (хотя и входит в первую десятку!), но у всех на устах из-за крайней распространенности узлов щитовидной железы. А где узел, там устойчивая канцерофобия. Последние годы заболеваемость раком щитовидной железы растет, хотя, вероятно, в действительности его просто стали значительно чаще диагностировать – УЗИ себе сегодня не делает только ленивый. Понятие рака щитовидной железы включает в себя несколько РАЗНЫХ заболеваний, с различными факторами риска, с различным прогнозом. Это:

- (Т) Папиллярный рак
- (2) Фолликулярный
- (3) Апластический
- (4) Медуллярный

Зачем вам знакомиться с такими сугубо медицинскими терминами? Да смысл прямой – от того, какой у человека рак, напрямую зависит продолжительность его жизни!

Если первые два заболевания протекают весьма доброкачественно, то апластический рак очень и очень агрессивен, а медуллярный, как правило, ко времени постановки диагноза уже имеет метастазы. К счастью, эти агрессивные разновидности рака встречаются менее чем в 10% случаев.

Наиболее благоприятен прогноз при папиллярном раке: больные с этой патологией практически не умирают от этой болезни. И распространен этот рак больше всего.

Фолликулярный рак обычно диагностируется больше у пожилых, может давать метастазы, его доля в онкологии щитовидки 10%.

Я не буду усложнять текст, попытаюсь вывести факторы риска, общие для всех разновидностей онкологии щитовидной железы. Но там, где необходимо, уж не обессудьте, буду смещать акценты в сторону того или иного заболевания.

## УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Болезненная для многих тема – узлы щитовидной железы. Узлы встречаются очень часто. Скажу больше: у каждого второго (!!!) можно обнаружить, по меньшей мере, один узел в щитовидке, только, как правило, люди об этом не знают. А когда их случайно обнаруживают на обследовании, в панике бегут к онкологу с сакраментальным вопросом: «Доктор, я умру?!» Узлы действительно могут носить злокачественный характер в 5% случаях, и наша задача – эти случаи вовремя выявить. Но даже если подтверждается онкология, в 90% это не агрессивные разновидности рака.

Рассмотрим, какие факторы риска способствуют столь высокому распространению узлов щитовидной железы.

- Шансы возникновения узлов нарастают с возрастом. При этом у детей с вновь обнаруженным узлом шанс, что это рак, вдвое больше, чем у здоровых.

- Среди людей с узлами у мужчин рак наблюдается вдвое чаще, чем у женщин.

- Радиация головы / шеи. Это не обязательно взрыв атомной бомбы или мировая катастрофа, типа Чернобыльской. Лечение, допустим, онкологии другой локализации может быть толчком для разрастания щитовидной железы.

- Воспаление миндалин? Статистически выявленная связь есть, но разумного объяснения этому факту нет.

- Курение, как всегда тут как тут, среди основных факторов риска любой онкологии!

- Алкоголь. Этот фактор особенно значим у женщин.

- Миома матки (узлы у женщин с миомой наблюдаются в два раза чаще).

Только 5% узлов могут оказаться злокачественными. Оставшиеся 95% носят, как правило, неагрессивный характер.

При этом есть и факторы, которые снижают шансы возникновения узлов щитовидной железы. Это:

- Гормональные противозачаточные.

- Статины (лекарства против повышенного холестерина).

Итак, после того как узел обнаружили, необходимо тут же посмотреть уровень регуляторного гормона работы щитовидной железы, а именно ТТГ – тиреотропного гормона.

Заметки на полях:

Тут для дальнейшего восприятия текста небольшой ликбез. Кому неохота напрягаться, просто пропустите этот абзац.

Гормон вырабатывается гипофизом, и это именно он стимулирует выработку уже щитовидной железой своих собственных гормонов. Щитовидка работает нормально, значит, регуляторный ТТГ нормальный. Щитовидка «тормозит»? Значит, гипофиз подстегивает, вырабатывает больше ТТГ. Если щитовидная железа чересчур уж активна, гипофиз убирает стимуляцию: снижает выработку ТТГ. Налицо обратная связь между концентрацией ТТГ и функцией щитовидной железы. Поэтому если видите повышенный ТТГ, значит, функция щитовидной железы понижена, если ТТГ снижен, значит, функция щитовидки повышена.

Самый распространенный сценарий – результат оказался нормальным. Но радоваться еще рановато. Радоваться можно, если ТТГ понижен (помните, что это говорит о повышенной функции щитовидной железы?). Это значит, узел функционирует, вырабатывает гормоны, а как раз такой узел никогда не перерождается в рак. Остается только подтвердить функционирующий характер узла на скинти-

графии с радиоактивным йодом (врачи называют такой узел «горячим»), и на этом диагностическая часть заканчивается.

А вот если уровень ТТГ нормальный (или даже повышен), то необходим следующий важный этап – «микробиопсия» – аспирация содержимого узла очень тоненькой иглой. Это делается прямо в кабинете врача, часто под контролем ультразвука. Все узлы размером больше сантиметра при нормальном или повышенном ТТГ положено пунктировать, так можно выявить те самые 5%. А вот скintiграфию в этих случаях делать не надо.

Подтвердили, что узел доброкачественный, что же делать дальше? Просто регулярно ходить к врачу и наблюдать его. Хирургические вмешательства здесь неуместны. Ограничиваемся повторным УЗИ сначала каждые 6 месяцев, потом, при отсутствии роста узла, один раз в год, дальше – и того реже. Повторять биопсию надо, только если узел быстро растет.

До последнего времени в стандарт лечения входила подавляющая терапия гормонами щитовидной железы. Действительно, ТТГ обладает мощным стимулирующим действием на ткань железы, и, давая пациенту гормоны, мы снижаем выработку ТТГ, снимая стимулы к росту узла. Но, как оказалось, не так уж и много узлов отвечают на такую терапию, а побочные действия гормонов часто ухудшают жизнь, особенно пациентам с заболеваниями сердца (сердцебиения, аритмии, повышение давления). Поэтому Американская ассоциация по проблемам щитовидной железы больше не рекомендует подобный подход.

#### **ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

– Радиация. Уже обсуждали.

– Наследственность. Если в семье были случаи рака щитовидки, шанс, что у пациента с такими родственниками узел – это все-таки онкология, – в 10 раз выше, чем у обычного человека. Некоторые из упомянутых онкозаболеваний щитовидной железы (медуллярный рак) входят в наследственно обусловленные синдромы «множественных эндокринных новообразований». Это когда в различных органах одновременно могут появляться опухоли (не обязательно злокачественные), самостоятельно вырабатывающие те или иные гормоны.

– Недостаток йода. Этот фактор особенно важен для фолликулярного рака.

– Наличие узлового зоба (в случаях апластического рака этот зоб находят в 50%).

– Хронический гепатит С.

– Поздние первые роды. Чисто статистические наблюдения...

– Плюс все те, что способствуют развитию узлов, – патогенез схожий.

Заметки на полях:

«У меня работал доктор, с которым мы достаточно дружны. Постоянно виделись – и на работе, и ходили друг к другу в гости. Как-то мы сидели у меня на даче за столом, и вдруг в каком-то ракурсе мне показалось, что у него на шее выступает бугорок. „Слушай, там у тебя какая-то фигня“, – сказал я ему (да, употребил именно это слово, я же не думал, что это может быть что-то серьезное!). Он отмахнулся, но я подошел и пощупал. И правда узелок! Потом я периодически напоминал ему, что надо бы провериться. Наконец проверился – папиллярный рак! Прооперировали его удачно в онкоцентре. Так он оттуда с новой женой вышел: предыдущая решила, что раз рак, то вариант исчерпан, и поспешила уйти! А в онкоцентре грамотные врачи работают, знают, что папиллярный рак очень и очень спокойный и вялотекущий. А друг мой – симпатичный и высокий, умный, вот и не прошла доктор мимо – теперь уже второго ребенка растят!»

## **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ**

Основа лечения, конечно, операция. Как правило, речь идет о полном удалении щитовидной железы. В большинстве случаев за этим следует терапия радиоактивным йодом. Ведь как тщательно ни удаляй, микроскопические участки железы могут остаться. Более того, в определенном проценте случаев щитовидная ткань может располагаться вне железы, например, в районе яичников! Радиоактивный йод дается в виде микстуры или таблетки, пациент его **ДОЛЖНЫ ПОМНИТЬ ЖЕНЩИНЫ /27/**. просто принимает внутрь. Радиоактивный йод поглощается остатками щитовидной железы, где бы они ни были, и выжигает их. Что потом? Рак щитовидки – гормонально зависимая опухоль, поэтому с целью подавить стимулирующие импульсы из гипофиза (то есть резко понизить ТТГ) необходимо принимать гормон щитовидной железы «L-тироксин». (Помните про обратную связь? Гормонов щитовидной железы больше – регуляторного ТТГ меньше.) «L-тироксина» надо принимать столько, чтобы показатели ТТГ были значительно меньше нормы:  $<0,1 \text{ mU/L}$ . Лицам повышенного риска, у которых опухоль была крупная, были вовлечены лимфоузлы и проч., возможно периодическое проведение сканирование всего тела на радионуклидном сканере с использованием того же радиоактивного йода для раннего выявления метастазов. Остальным: регулярное УЗИ, периодически определение так называемого тиреоглобулина – специфического белка, концентрация которого может повышаться, в том числе и при рецидиве рака щитовидной железы.

Лечение радиоактивным йодом после удаления щитовидной железы проводят для того, чтобы исключить любую возможность рецидивов, так как ее ткань может располагаться вне самой железы.

В случаях, когда опухоль была распространенная, с вовлечением лимфоузлов и окружающих тканей, возможен вариант уже полноценной наружной радиации, при показаниях – системной химиотерапии.

Я уже упоминал о иммуноонкологии рака и о так называемой таргетной – целевой – терапии в онкологии. В развитии многих опухолей, в том числе и локализованных в щитовидной железе, играет немаловажную роль некий фермент – тирозин киназа. Оставим в стороне, что это за фрукт такой, нам упоминание о нем важно для того, чтобы представить вам новый класс препаратов – «многоцелевые ингибиторы тирозин киназы», которые зарекомендовали себя как многообещающие в лечении метастатических опухолей щитовидки, рефрактерных (устойчивых) к другим разновидностям лечения.

## **1.15. О РАКЕ ЖЕЛУДКА. С ЧЕМ МОЖНО СТОЛКНУТЬСЯ НА ПУТИ К СЕРДЦУ МУЖЧИНЫ И О ЧЕМ должны помнить женщины**

Да, вы правильно догадались, речь пойдет о раке желудка. Такое замысловатое название главы идет от умышленного нежелания выносить слово «рак» в заголовок очередной раз. Канцерофобия настолько парализует нашу волю, что некоторые боятся не только читать, но и думать о раке, чтобы «не накликать»! Забывают простой постулат: «кто предупрежден – тот вооружен!»

А в случае этого рака предупреждение нам очень нужно! Вторая после рака легкого причина смерти от онкологических заболеваний и – внимание! – самый распространенный и опасный рак, в возникновении которого важнейшую роль играют инфекции! Помните, мы в первой главе говорили о том, что 17% всех случаев онкологии – следствие инфекций? Вот тут как раз такой случай! ВОЗ давно отнесла бак-

терию хеликобактер пилори (ту, что вызывает гастриты и язвы) к признанным канцерогенам, а у нас ей заражено около 70% населения!

Но давайте до того, как мы продолжим разговор о факторах риска, посмотрим на эпидемиологию этой болезни. Тут много интересных и не всегда объяснимых фактов. Первое описание рака желудка встречается в египетских папирусах 3000-летней давности.

Хорошая новость: последние несколько десятилетий заболеваемость раком желудка в процентном отношении неуклонно снижается! В абсолютных цифрах она увеличивается, но относительно прироста населения – нет. Ясного объяснения этому факту нет. Тут радоваться бы надо (снижается, и хорошо!), а врачи ломают голову – почему? Ведь раз мы не понимаем этого, то, значит, что-то упускаем в понимании патогенеза рака желудка. Логично было бы объяснить, что последние годы стали уделять большее внимание борьбе с наиболее важным канцерогеном – бактерией хеликобактер пилори. Однако снижение заболеваемости началось в те годы, когда эта бактерия не была даже еще открыта!

Заметки на полях:

Существует интересная гипотеза, что в снижении заболеваемости раком желудка основную роль сыграло повсеместное внедрение... холодильников! Продукты перестали засаливать для долгого хранения, а, как мы увидим дальше, соленая пища – один из факторов риска для рака желудка. Опять же стали меньше портиться овощи и фрукты, их стали больше потреблять – и такой фактор риска, как недостаточное поступление содержащихся в них антиоксидантов, тоже снизился. Не знаю, насколько убедительно это звучит, но по времени с точкой начала снижения заболеваемости совпадает!

#### **ФАКТОРЫ РИСКА**

Как и всегда, факторы риска делятся на присущие нам лично, которые уже не поменять – пол, возраст и проч., на факторы окружающей среды и те, которые зависят от наших привычек. И как ни сильна генетика, последние могут перевешивать!

Заметки на полях:

На Гавайях достаточно много японцев. Нравится им там! Видимо, потому тогда на Пёрл-Харбор в 1941 и напали. Вы ведь знаете, что Пёрл-Харбор – это Гавайи? А что именно там когда-то съели Кука? Тогда они назывались Сандвичевы острова? Напекающее было название, для Кука – роковое. Так вот, среди проживающих там японцев рак желудка распространен в три раза меньше, чем в их родной Японии, но все равно пока еще в те же три раза выше, чем у белых американцев. Но это усредненные данные. Проследили по поколениям: у переселенцев из Японии частота этого заболевания самая высокая, у второго поколения уже ниже, у третьего еще ниже...

Итак, факторы риска:

– Пол: мужчины заболевают чаще. Видимо, женские половые гормоны имеют определенный защитный от рака желудка эффект. Женщины с ранней менструацией и поздней менопаузой имеют риски заболеть раком желудка меньше, чем другие! Но – «насмешница судьба!» – в ситуации с раком груди все происходит ровно наоборот! Господь как бы рассыпал по полю разноцветные «цветочки» – каждый обозначает опасность для одной болезни и защиту от другой. А мы идем и собираем букетики, но вот шансов набрать только полезные или только вредные нам не дали! В этом глубокий философский смысл: не существует абсолютного зла или добра, любое явление двояко!

– **Группа крови.** Да-да! Люди с первой группой крови страдают этим заболеванием на 20% чаще, чем с любой другой! Собственно, это наблюдение и послужило началом работ по тщательному исследованию генетических факторов. Наследственная предрасположенность: наличие семейной истории рака желудка у родственников первой линии увеличивает шансы заболеть, и особенно почему-то у женщин. Так же хорошо известны наследственные формы рака желудка, к счастью, редкие!

– **Инфицирование бактерией хеликобактер пилори.** Провоцирует воспаление желудка, которое приводит к перерождению клеток. Шанс заболеть раком желудка повышается в 6 раз! Можно привести и такую статистику: 30—40% всех случаев рака желудка являются следствием единственно только инфицирования хеликобактер пилори! Передается от человека к человеку, предупредить можно соблюдением элементарных правил гигиены. После искоренения носительства хеликобактер при помощи антибиотиков риск рака желудка значительно снижается.

– **Инфицирование вирусом Эпштейна – Барр.** Весьма распространенный вирус, обычно вызывающий инфекционный мононуклеоз. Хорошо известна способность этого вируса вызывать онкологию головы и шеи, а также лимфомы. Исследования доказывают, что от 5 до 10% всех случаев рака желудка связаны с инфицированием вирусом Эпштейна – Барр.

– **Курение.** Здесь этот фактор риска не настолько определяющий, как при раке лёгких, но тоже весьма значительный. Статистика утверждает: до 18% рака желудка связано с курением. Причем риски долго остаются повышенными, даже после того, как человек бросит курить.

– **Алкоголь.** Здесь ситуация иная, чем с курением. Провоцирующее рак желудка действие алкоголя, как ни странно, не доказано, и даже, наоборот, в Европе проведены исследования, где показано, что он может обладать некоторым защитным действием. Данные несколько парадоксальны: там, где алкоголь действует прямым контактным способом: пищевод, желудок, – он онкологию не вызывает, там, где связь менее очевидна: грудь, поджелудочная железа, – наоборот!

Заметки на полях:

Когда-то существовала теория, по-своему объяснявшая вредоносное влияние алкоголя на печень. Остряки прозвали её «пить, не закусывая!». Дело в том, что в норме никакая пища в желудке не всасывается.

Желудок формирует «пищевой комок», пропитывает его кислотой и отправляет дальше в тонкую кишку, где в ход идут различные ферменты, желчь и происходит всасывание. Но в присутствии алкоголя пища начинает всасываться еще в желудке. Не обработанная, не подготовленная, не обезвреженная желчью и ферментами! Отсюда и прямое токсическое влияние на печень! Сегодня эта гипотеза выглядит наивной, но я по-другому теперь смотрю на бары: выпивка отдельно, а покушать – это в другом зале!

Как бы то ни было, опыт нашей страны не подтверждает гипотезу защитного действия алкоголя: уж мы предохраняемся-предохраняемся, предохраняемся-предохраняемся, уже всю печень посадили, предохраняясь, а по частоте рака желудка еще недавно нас опережала только Япония!!!

– **Соленая пища.** Да уж: «белая смерть», не только вызывает гипертонию, но и провоцирует рак! Более того – избыточное потребление соли приводит к увеличению смертности вообще, от всех причин. В 2007 году соль и засоленные продукты официально признаны канцерогеном, провоцирующим рак желудка! Засоленные рыба, овощи, мясо... Рыба – значит, и вобла! Овощи – значит, и соленые огурчики! Мясо – значит, и сырокопченая колбаска! Увы!

– **Нитраты.** Также признанный канцероген. Представлены как пищевая добавка во множестве продуктов, содержатся в большом количестве в некоторых сортах сыра, кулинарно обработанного мяса... Красное (свинина, говядина, баранина) мясо также ассоциируется с увеличенным риском развития рака желудка.

– **Недостаточное потребление овощей и фруктов.** Фактор риска многих онкологических и сердечных заболеваний. Относительно рака желудка есть некоторые особенности. Чтобы не только убрать этот фактор риска, но и получить определенную защиту, необходимо потреблять большое количество цитрусовых: апельсины, мандарины, грейпфруты, лимоны. Вообще, считается, что протекторное (защитное) действие фруктов и овощей связано именно с высоким содержанием в них витамина С /т.е. подкислением крови/. Снижает риски рака желудка потребление именно сырых, а не приготовленных овощей. Очень важна клетчатка! Достаточное ее потребление также доказанно снижает риски многих онкологических заболеваний.

– **Ожирение.** Как всегда тут...

Помимо описанных факторов риска существует ряд заболеваний желудочно-кишечного тракта, наличие которых в той или иной мере предрасполагает к развитию онкологии желудка. Среди них:

– **Язва желудка.** («Это р-раз», – как любил говорить Эраст Фандорин! Вот и я люблю перечислять по пунктам, как вы, наверно, уже заметили...) Ну, здесь связь понятна: и то, и другое провоцируется той же хеликобактер. У кого-то язва, у кого-то рак... А многие носят эту бактерию до поры и ничем не болеют. Считают, что дело здесь в различных генотипах бактерии – какой-то злее, какой-то добрее...

– **Атрофический гастрит.** Аутоиммунное заболевание, когда антитела по неясной причине путают сигнал «свой-чужой» и набрасываются на свои же клетки. В данном случае – клетки желудка. Мало того что мешают выделению так называемого «внутреннего фактора», необходимого для всасывания витамина В12 (а без него развивается пернициозная анемия), так и создают условия для перерождения оставшихся клеток в раковые.

– **Полипы желудка.** Частая находка при гастроскопии. Как правило, клинически ничем не проявляются, хотя изредка могут быть источником кровотечения. Положено брать на биопсию все подозрительные и те, что больше 1 см, удалять и исследовать уже в лаборатории. Полипы перерождаются весьма редко, но могут, иногда их при обычном исследовании от рака отличить трудно. Если полипов несколько – удаляют для дальнейшего исследования самый большой.

Заметки на полях

Принцип, когда для биопсии берут самый крупный полип или лимфоузел, в Америке называют «принципом Саттона». Саттон – знаменитый грабитель банков в Америке 30-х годов. Когда его наконец арестовали, судья задал ему по протоколу вопрос: «Почему вы залезли в банк?» Саттон наивно ответил: «Ваша честь, но деньги-то там!» Вообще – бери там, где наибольшая вероятность чего-то получить!

**Операции на желудке.** Да, тоже увеличивают риски онкологии, и чем больше времени после операции проходит, тем больше риски растут. Вот такая статистика. Вероятно, в оставшейся части желудка сильно нарушается физиология, происходит заброс щелочного содержимого из тонкого кишечника или еще что. А вы думали, почему язва желудка за рубежом считается терапевтическим заболеванием, а не хирургическим, как у нас? Лечат, наблюдают – берегут желудки! Нет, можно,

конечно, по-быстрому все отрезать, а чего? (Вот как я ненавижу это нежелание видеть дальше своего носа и неприятие мирового опыта!) /27/.

### **СКРИНИНГ**

Если вы читаете эту книжку с самого начала, то, наверное, уже поняли, что вопросы скрининга (диспансеризации) однозначного ответа не имеют. Так и в случае рака желудка. Скрининг на его раннее выявление оправдан и существует только в странах, где этот самый рак весьма распространен, – Японии, Китае, Корее, Тайване... Там проводят рентген желудка с барием (в качестве контраста), если находят подозрительные признаки – выполняют гастроскопию. Так же широко применяют тест на выявление той самой бактерии хеликобактер пилори.

В других странах, включая Россию, поголовный скрининг на рак желудка не проводят. Считается, что он скорее вреден (большое число ложноположительных результатов и связанных с этим неоправданных вмешательств) и экономически не выгоден. «Жадные» американцы посчитали, что если в Южной Корее один выявленный на ранней стадии рак желудка в результате диспансеризации обходится в 27 тыс. долларов, то в США эта цифра достигает 230 тысяч долларов! Однако лицам с предрасположенностью к этому виду рака скрининг необходим.

Наследственность, язва желудка, полипы, перенесенные операции на желудке – вот неполный список состояний, определяющий показания к регулярному скринингу на рак желудка.

Вопрос о поголовном скрининге для выявления заболевания рака желудка неоднозначен и остается открытым.

### **КАК ПРЕДОХРАНЯТЬСЯ?**

Казалось бы, ясно: если бактерия хеликобактер имеет такую решающую роль в развитии этого заболевания, то логично приступить к ее поголовному искоренению. Но не все так просто. Уничтожается она 2-недельным курсом двумя антибиотиками, а устойчивость к ним – сегодня одна из самых трудных проблем медицины. Рак там будет или нет, большой вопрос, а если разовьется невосприимчивость к антибиотикам (что весьма вероятно при таком широком их применении), то мы окажемся беззащитны перед элементарной инфекцией уже сегодня! Вот что нужно делать – соблюдать правила элементарной гигиены, чтобы не заразиться и чтобы прервать цепочку распространения этой бактерии! Смогли же это сделать американцы, а ведь еще недавно распространенность хеликобактер там была сходной с нашей! Особое внимание – детям, большинство из людей становятся инфицированными в возрасте до 10 лет!

Ну и конечно, надо избегать других факторов, провоцирующих рак желудка, для этого я вам их так подробно и перечислил.

## **1.16. О РАКЕ ПРОСТАТЫ. ТАКОЙ ПРОТИВОРЕЧИВЫЙ РАК ПРОСТАТЫ /27/**

Эта патология на протяжении более 20 лет является предметом споров онкологов (урологов) везде по миру. Собственно, не сама патология, а подходы к ее диагностике и лечению. Еще 30 лет назад нам в медицинском институте рассказывали, что рак предстательной железы весьма распространен, но может протекать очень долгое время практически бессимптомно! Что чаще, чем у каждого второго пожилого мужчины под 80, умершего от различных причин, случайной находкой на вскрытии является рак простаты. Я прекрасно помню те лекции.



Потом появился скрининг с помощью анализа крови: определение уровня ПСА (простат-специфического антигена). Стали выявлять рак на самых ранних стадиях значительно чаще. ПСА больше 4? Тогда ультразвук, потом биопсия, и вот вам две новости: плохая – «у вас рак!», хорошая – «стадия самая ранняя!». Меня поражали успехи не только хирургии, но и радиации: облучение, имплантация радиоактивных «зерен» в простату давали результаты, не уступающие оперативному лечению!

Параллельно в некоторых медицинских журналах стали появляться вначале робкие возражения некоторых урологов и онкологов, ставящие под сомнение целесообразность поголовного скрининга ПСА. В то время мне, врачу общей практики, читать эти единичные статьи было довольно дико! Как, ведь мы же стали выявлять рак простаты на порядок чаще, чем до эры ПСА! О чем эти урологи вообще говорят?! Ведь рак простаты – 2-я по частоте онкология у мужчин и их 5-я причина смерти от онкологических заболеваний! Однако голос «оппозиционных» урологов-онкологов креп. «Посмотрите, – говорили они, – выявляем-то мы и правда на порядок чаще, оперируем не покладая рук, а смертность какой была 20 лет тому назад, такой и осталась!»

Стали чаще говорить о побочных эффектах оперативного и радиационного лечения: импотенция, недержание мочи, проблемы с кишечником и проч. Причем с каким процентом: при хирургии импотенция до 70% случаев, при радиации до 50%! Вспомнили про огромный процент случайных находок рака простаты у пожилых мужчин на вскрытиях – 2/3 в возрасте за 80. Стали все чаще писать о том, что рак простаты нередко протекает очень и очень медленно – настолько, что в большей части случаев он может никак не проявиться в течение жизни. Статистики посчитали: для того, чтобы предотвратить 1 смерть, надо прооперировать 50 больных с ранним раком простаты (ведь предположить, кому из этих 50 не повезет, невозможно!).

Представьте себе пирамиду:

– Верхушка – это те мужчины, у которых рак простаты разовьется в серьезную болезнь, действительно требующую операций и другого интенсивного лечения.

– Основание пирамиды – те в тысячи тысяч раз превышающие количество реально заболевших мужчины, которые подвергаются обследованию.

– «Тело» пирамиды – пациенты, у которых обнаружен рак простаты на самых ранних стадиях, которых мы должны (раз уж выявили!) теперь оперировать и облучать, делая импотентами, но у которых этот рак НИКОГДА БЫ в течение жизни не проявился.

И вот 2012 год: большинство американских (а за ними и европейских) медицинских ассоциаций, официально признают поголовный скрининг (диспансеризацию) на ПСА ненужным. Врачам даются инструкции, как вести себя при диспансеризации с пациентом:

«Мы можем предложить вам анализ на определение ПСА. Однако вы должны понимать, что если этот показатель будет у вас повышен, мы вынуждены будем послать вас на биопсию. Весьма вероятно, что биопсия выявит наличие раковых клеток. И тогда вы окажетесь перед выбором – операция или радиация... Вместе с тем должны вас информировать, что рак простаты, если он будет у вас определен на ранней стадии, может никогда и не проявиться и никак на вашу жизнь не повлияет. Так что принимать решение – стоит ли вам делать анализ на ПСА – предстоит вам». В общем: «Оно вам надо?!»

Если мужчине предлагают сделать анализ на ПСА – внимательно прочитайте информацию выше, прежде чем принимать решение.

Собственно говоря, врачи где-то умывают руки, перекладывая решения и риски на самого пациента... Что-то в этом есть неправильное, незаконченное... Кто-то платит импотенцией за зря проведенную операцию, а кто-то жизнью за то, что его от нее практически отговорили...

#### **ФАКТОРЫ РИСКА И НАОБОРОТ**

Давайте рассмотрим положение вещей со скринингом на рак простаты на сегодняшний день. Давайте сначала ознакомимся с факторами риска для этого заболевания – ведь теперь принцип скрининга основывается на их наличии и сочетании. Итак:

- **Возраст.** Этот рак почти не встречается ранее 40 лет. Шанс его развития резко повышается с возрастом.

- **Расовые различия.** Негры и индейцы страдают им чаще.

- **Генетическая предрасположенность.** Замечено, что мужчины, чьи прямые родственники (отец, братья) имели рак простаты, болеют этим же заболеванием в 2 раза чаще! Упомянутые в предыдущих главах генетические мутации – BRCA, синдром Линча, некоторые другие – резко повышают шанс развития рака простаты.

- **Частое потребление так называемого красного мяса:** говядина, свинина, баранина.

- **Как ни странно, молоко и молочные продукты.** Многие работы на это указывают. Сейчас ученые буквально извиваются, пытаясь опровергнуть эту компрометирующую молочную промышленность связь, но «осадочек остается»...

- **Недостаточное потребление овощей и фруктов.** Это настолько важно, что выделено в отдельный фактор риска. Не менее полкило в день того и другого! Особенно помидоры, другие красные овощи, а также брокколи и цветная капуста. Пока там ученые спорят, каким именно действием на клетки обладает (или, по мнению других, не обладает) ликопин, содержащийся в помидорах, или антиоксиданты в цветной капусте, статистические доказательства их пользы есть. Ну а достаточное потребление овощей и фруктов вообще очень важно в предотвращении как онкологических, так и сердечно-сосудистых заболеваний!

- **Алкоголь** – как раз тот случай, когда связи между умеренным потреблением алкоголя и развитием рака простаты нет. В этом отношении мужчинам повезло больше, чем женщинам, – в развитии рака груди алкоголь играет не последнюю роль даже в маленьких дозах.

- **Курение.** А вот тут опасность очень высока! Помните, мы уже говорили: никотин и продукты сгорания выводятся почками с мочой, поэтому страдает и простата, и другие мочеполовые органы.

- **Ожирение и вообще избыточный вес.**

- **Тестостерон.** Традиционно считалось, что повышенный уровень тестостерона увеличивает риски рака простаты. Ведь рак простаты – гормонально зависимая опухоль. Однако последние исследования не подтверждают эту связь. Лечение тестостероном гипогонадизма (болезнь такая, не отвлекайтесь!) тоже не увеличивает риска заболевания раком простаты. В его развитии имеет значение не абсолютное количество мужских половых гормонов (андрогенов), а способность их переходить в другие формы под влиянием определенных ферментов.

- **Простатит.** Роль воспаления простаты в развитии рака простаты в итоге не подтверждается. Однако простатит может сам по себе быть причиной повышения ПСА, ну а далее по цепочке чаще выявляют тот самый рак, неясной клинической значимости.

– Трихомонадная инфекция (одно из частых заболеваний, передающихся половым путем) – вот она ассоциируется с повышенным риском (еще один довод в пользу презервативов!).

– Рентген. Диагностические исследования, такие, как исследование кишечника с барием, рентген тазобедренного сустава или костей малого таза, увеличивают риски – увы!

– Фолиевая кислота. Входящая в состав многих МУЛЬТИВИТАМИНОВ фолиевая кислота может увеличивать риски – таков вывод исследования, проведенного в 2009 году. Сейчас ждем новых подтверждений или опровержений.

Существует 14 факторов увеличения риска заболевания простаты. Держите их перед глазами, когда хотите закурить или в очередной раз пожарить свинину или говядину!!!

Есть и факторы, снижающие риск заболевания раком простаты! Это:

– Уже упомянутые овощи и фрукты.

– Продукты из сои. Считается, что именно высоким потреблением сои обязаны азиаты низкой частоте рака простаты среди них.

– Кофе. И тут полезен!

– Молодежь – внимание! Частые эякуляции в молодости (Знаете, что это? Посмотрите..) снижают риски развития рака простаты в более пожилом возрасте.

– Загар – исследователи заметили, что ультрафиолет может снижать риск заболевания. При этом у этих же пациентов, данные которых использовались в исследованиях, рак кожи был выше, чем у тех, кто загара избегал... Правы старые врачи: все хорошо в меру! И рюмку иногда выпить, и на солнышке понежиться, и бифштекс съесть! Не надо только возводить все это в привычку, в образ жизни! А то мы: пить – так до отключки, есть – так пока живот в барабан не превратится, и на солнце лежим, пока не облезем!

– Селениум, цинк, витамин Е, мультивитамины не оправдали надежды в плане их защитных свойств. Более того: в двух исследованиях прослеживалась связь между приемом больших количеств мультивитаминов и распространением рака простаты.

– Аспирин. Да, не только рак толстого кишечника – и здесь замечен благотворный эффект. /См. подкисление крови /2/! /.

– Как и у препаратов против высокого холестерина – статинов. Почему? Не очень ясно...

– Метформин – лекарство номер один против диабета второго типа. Хорошо известны его противораковые способности, и в отношении рака простаты тоже.

### **СКРИНИНГ СЕГОДНЯ**

Существует определенное разночтение в рекомендациях различных ассоциаций урологов и онкологов США, Европы (а там отдельно стоит еще Великобритания!), Канады и Австралии! Сходятся они лишь в одном: скрининг основной популяции мужчин не нужен и должен обсуждаться только с лицами повышенного риска, если только они сами этого хотят. При этом все дискутируют – когда начинать, когда заканчивать, как часто, что и проч. Я приведу свое «усредненное» мнение, более-менее устраивающее всех.

### **ИТАК: КОМУ?**

Возраст более 50, семейная история рака простаты (особенно если рак у прямых родственников был диагностирован в возрасте до 65 лет), генетическая предрасположенность (синдром Линча, BRCA и др.), повышенная ПСА в прошлом, расовая принадлежность, множественное сочетание неблагоприятных факторов риска.

## **КОГДА?**

Начиная с 50 лет, лицам с прямой генетической предрасположенностью – с 40—45 лет.

После 70 скрининг уже не проводят. Более того: если ПСА в 65 было <1 нг/мл, то можно вполне остановить скрининг уже в этом возрасте.

## **КАК ЧАСТО?**

Раз в 2—4 года (в зависимости от степени риска).

## **ЧТО ДЕЛАТЬ ЕСЛИ ПСА ПРИ ДИСПАНЦЕРИЗАЦИИ ПОВЫШЕН?**

Если уровень между 4 нг/мл и 7 нг/мл, то повторить анализ через 1 месяц. При этом не менее 48 часов до анализа не заниматься сексом, не ездить на велосипеде. Если есть симптомы простатита, сначала пройти лечение антибиотиками.

Если уровень остается повышенным или сразу был более 7 нг/мл – пациент направляется на биопсию предстательной железы. При этом врачи часто параллельно делают анализ на «свободную» ПСА, «плотную» ПСА. Большинство медицинских сообществ предлагают не принимать эти параметры в расчет и отправлять (или не отправлять) на биопсию только по величине ПСА как таковой.

Если биопсия отрицательная, следующий скрининг проводится через 2 года. И опять же, не автоматически, а после обсуждения с пациентом всех «за» и «против», с оставлением за ним права решающего голоса!

Если положительная, значит, диагностирован рак. Теперь вам предложат или операцию, или радиацию, или активное наблюдение!

## **ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ОБНАРУЖЕННОГО РАКА ПРОСТАТЫ**

Привычный подход онкологов недавнего прошлого выявил: оперируй, облучай, делай «химию» тут не подходит. Для выбора тактики ведения необходимо учитывать 6 факторов:

- Анатомическое распространение болезни: опухоль ограничена собственно простатой, вовлеченность лимфоузлов, наличие метастазов.

- Гистологическое строение опухоли – счет Глисона. Объясняю: при биопсии простаты исследуемые образцы распределяются на содержащие раковые клетки и не содержащие таковых, нормальные. Степень «ненормальности» выражается числом от 1 до 5 для каждого образца, где 1 – небольшие, а 5 – выраженные изменения. Учитываются 2 самых плохих цифры, которые в сумме и дают счет Глисона, максимальный показатель которого – 10.

- Исходный уровень ПСА.

- Ожидаемый возможный эффект.

- Процент возможных осложнений при каждом из подходов.

- Общее состояние больного, возраст, сопутствующие заболевания, предпочтения самого пациента. Последняя фраза звучит немного странно... Как в «Белом солнце пустыни»: «Тебя сразу прикончить или желаешь помучиться?!» – «Желательно, конечно, помучиться!» Но, как и в фильме, черно-белое восприятие тут неуместно...

Пишу все это не для запоминания, а для того, чтобы было понятно, что подход здесь глубоко индивидуальный и единого для всех решения нет.

Для мужчин низкого риска: опухоль как таковая не определяется – есть только раковые клетки на биопсии, ПСА <10, счет Глисона <7 – наряду с традиционными операцией по удалению простаты и облучением возможен вариант активного наблюдения. Следят за уровнем ПСА, повторяют биопсии и принимают решение об активном лечении только в случае прогрессирования заболевания.

Больных при более распространенном процессе, как правило, активно лечат.

Больным с сочетанием факторов риска или с уже установленным диагнозом рака простаты на ранней стадии назначают определенные препараты для предотвращения прогрессирования болезни. Как уже упоминалось, рак простаты гормонально зависимая опухоль. В простате самый мощный андроген (мужской половой гормон) – дигидротестостерон. В него, собственно, и превращается тот, знакомый нам всем хотя бы по названию, тестостерон. И превращается он под воздействием особого фермента – 5-альфа-редуктазы. Так вот, было замечено, что мужчины с врожденным дефицитом этой самой редуктазы раком простаты не болеют! Теперь для предотвращения прогрессирования болезни применяют блокаторы этого фермента (или препараты сходного по смыслу действия). Это «Финастерид» («Проскар») и «Дутастерид» («Аводарт»), Плата за такое предохранение иногда довольно высокая: сексуальная дисфункция, слабые кости (остеопороз), «приливы», повышенные шансы сердечных заболеваний и диабета... Очередная демонстрация, что медицина – наука компромиссов...

### **1.17. РОДИНКИ невинные и не очень /27/**

Мы смотрим в ночное небо и видим там мириады звезд. Практически никто из нас не способен отличить планеты от звезд, там еще метеориты, спутники, НЛО... Многие вообще довольно равнодушны ко всему этому и рассматривают небо редко. Но представьте себе, если бы нам сказали, что к Земле приближается комета, способная разрушить наш мир! Как бы мы все отслеживали ее приближение, рассматривая каждый сантиметр неба в надежде, что пронесет!

Это аллегория с родинками на нашем теле и такой опухолью, как меланома. Нужно знать, кто в зоне повышенного риска, и уметь вовремя распознать – она ничуть не хуже той кометы может разрушить наш персональный мир! Смертельно опасная опухоль кожи, требующая от нас тщательнейшего внимания в вопросах предупреждения и лечения. Ведь метастазирует она в жизненно важные органы очень быстро! Эта болезнь последние годы агрессивно наступает на человечество! Быстрее, чем любая другая онкология! Сегодня это пятый по частоте рак у мужчин и седьмой у женщин. Если в 1935 году в США число больных составляло один на 1500 здоровых, то в 2014 соотношение уже 1:40! Например, в Хорватии рост количества заболевших за последние 10 лет составил 300%! Наибольшее распространение меланома имеет в Австралии и Новой Зеландии. В России заболеваемость ниже североамериканского и среднеевропейского уровня, но растет тоже очень быстро: с 1998 по 2008 год скачок на 40%. Не солнечная Хорватия, конечно, но все равно неприемлемо много! /27/.

При описании различных видов онкологии, приведенных в этой книге, уже сложилась определенная форма изложения: распространение болезни, факторы риска, выявление, предупреждение... В случае с меланомой мы немного изменим порядок. Эта опухоль снаружи, на виду, и очень часто люди с ней сталкиваются впервые самостоятельно. Чем злокачественная меланома отличается от обычных невинных родинок? Как она выглядит, когда срочно бежать к врачу?!

Вот ее портрет (тут лучше миллион раз про нее услышать и никогда ее на своем теле не увидеть!): довольно крупное (немного меньше сантиметра) пятно с неровными границами и формой, неоднородное по цвету, возвышающееся над уровнем кожи. Эдакая «каляка-маляка» среди ровных округлых родинок.

Для запоминания этих типичных характеристик придумано мнемоническое буквосочетание «АКОРД» (в английском -«ABCDE»):

**А** – асимметрия; **К** – края, неровные очертания границ образования; **О** – окраска – различная интенсивность, неоднородность; **Р** – размер – диаметр больше 6 мм; **Д** – динамика изменения – образование имеет склонность к росту, изменению цветов и формы.

Может встречаться не только на доступных глазу местах кожи, но и в складках (ягодичной, например), в ногтевом ложе (сине-черный пятнистый ноготь, а вроде нигде не прищемлял!), на ладонях, подошвах, слизистых (полость рта, влагалище, прямая кишка...). Однако чаще всего встречается на открытых для солнца местах: шея, спина, руки, у женщин – ноги ниже колена (юбки!). Я бы к той аббревиатуре **АКОРД** добавил ещё букву **Т** – толщина. Это не специфический признак меланомы, конечно (почти все образования на коже возвышаются над ней), но по толщине образования можно судить о прогнозе. До 1 мм – ситуация благоприятная: 10-летняя выживаемость 92%; при утолщении процент начинает снижаться.

Понятно, что не специалист не сможет правильно определить, что это за образование на коже. И не всегда меланома выглядит так хрестоматийно. Поэтому советы дерматологов: обращайтесь к врачу, если то, что вы принимаете за родинку (или что-то похожее), и то, что ранее тревогу у вас не вызывало, вдруг:

- Начинает менять размер
- Форму
- Цвет
- Воспалается
- Начинает кровоточить
- Начинает мешать (меняется чувствительность)
- Изначально диаметром более 6 мм

Еще раз: обращайтесь внимание на ногтевое ложе, не появились ли под ногтями какие-либо пятна

#### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ**

– Солнце – ультрафиолетовое излучение. Еще совсем недавно признаками аристократизма была белая, нежная кожа, которую не опаляло солнце и не уродовал физический труд. Потом Коко Шанель ввела моду на загар – и понеслось! Белокожим блондинкам понравилось сверкать голубыми глазами на загорелом лице, мальчики стали пытаться замаскировать красивым заггаром свое субтильное телосложение, солярии начали размножаться быстрее кроликов! Вы помните начало главы – многократный рост меланом по миру? Вот такая статистика. Оказалось, что особенно опасно обгорать! Солнечные ожоги – вот мощнейший стимул развития меланомы!

– Особенно подвержены заболеванию те самые белокожие блондинки и блондины – вот вам следующий фактор риска:

– Фототипы кожи. Условно существует 4 фототипа, и их можно различать по реакции на УФ- облучение:

– Солнечный ожог всегда возникает после кратковременного (30 мин.) пребывания на солнце; загар никогда не приобретает. Солнечные ожоги возникают легко; загар возможен, хотя и с трудом.

– Возможны незначительные ожоги; развивается хороший загар.

– Никогда не бывает солнечных ожогов; легко возникает загар.

– Смуглая от природы кожа.

При этом наиболее подвержены развитию опухоли лица с фототипом **А** и **Б** и наименее – с **Г** и **Д**, что, однако, не исключает у них полностью вероятность болезни.

**Про уже упомянутые солярии. Многие считают, что их посещение может предотвратить солнечные ожоги и что такой загар безвреден. Но вот вам статистика: среди лиц, которые никогда не обгорают (казалось бы, благоприятный фототип Г), частота меланомы у тех, кто посещает солярии, в 4 раза выше, чем у тех, кто никогда там не был!**

**– Наличие родинок, вернее, их количество. Родинка родинке рознь! В принципе любая родинка может переродиться в меланому. Однако у подавляющего большинства родинок этот шанс ничтожно, космически мал. Ровные, округлой формы или плоские, равномерно окрашенные – они есть у всех! Но хорошего понемножку, большое их количество может быть фактором риска для меланомы. Большое – это сколько? Исследования приводят разные цифры: в некоторых это 25, в некоторых 50... Но смысл понятен. Меланома вырастает из меланоцитов – клеток, вырабатывающих меланин, – тот самый пигмент, который и окрашивает нашу кожу, делая нас разными. Родинка – это скопление меланоцитов. Родинок мало – и УФ-облучение должно воздействовать очень долго для провоцирования каких-либо изменений; много – значит, и материала для перерождения больше.**

**У подавляющего большинства родинок шанс переродиться в меланому стремится к нулю.**

**Бывают и родинки «повышенного риска», так называемые атипичные родинки. Это родинки, к которым подходят некоторые критерии системы АКОРД, но пока они доброкачественные. Вот их на теле должно быть не больше пяти, если больше, то риск меланомы увеличивается!**

**Присмотритесь – ведь большинство родинок на нашем теле однотипны: по форме, цвету и проч. И вот те, что не вписываются в это семейство, требуют особого внимания. (Там на коже есть еще множество других образований: красноватых точек – гемангиом, грубых чешуйчатых фибром – это отдельная «немеланомная» история). Людям повышенного риска советуют иметь «паспорт кожи», когда кожа со скоплением родинок периодически фотографируется для последующего анализа возможных изменений.**

**– Наследственность. Считается, что около 10% меланом несут наследственный характер.**

**– Персональная история меланомы: если один раз такое было – появление ее где-то опять весьма возможно.**

**– Другие разновидности рака кожи. Да – все эти базелиомы никогда не метастазируют, да – излечимы, но это независимый фактор риска для меланом.**

**Я перечислил наиболее важные риски. Но ими провоцирующие меланому факторы, увы, не исчерпываются! Статистика выявила еще несколько состояний, при которых это заболевание встречается чаще. Иногда этому есть рациональное объяснение, иногда – нет. К ним относятся:**

**– Курение. Зная, что курение – основная причина раковых заболеваний, искали причинно-следственную связь и с меланомой. Не нашли.**

**– Кофе. Тут все наоборот! Кофе известен как продукт, предохраняющий от рака печени и некоторых других онкологических заболеваний. И вот на тебе, одно исследование показало взаимосвязь между потреблением кофе (более 4 чашек в день) и частотой возникновения меланом! После этого было еще несколько целенаправленных исследований, которые эту связь не подтвердили... А в одном (правда, небольшом) исследовании вообще было показано, что у тех, кто потребляет кофе больше чашки в день, меланома реже. В общем, выбирайте данные, которые вас более устраивают!**

– Гормональные противозачаточные препараты. Похожая ситуация. Есть исследования, указывающие на взаимосвязь их с меланомой, и есть опровергающие...

– Алкоголь. Вроде, у потребляющих алкоголь меланомы встречаются чаще. Но убедительных доказательств пока нет.

– Эндометриоз. Почему? Неясно... Но статистика вопрос поставила.

– Как и в случае болезни Паркинсона. Меланома при ней чаще.

– Потребление «Виагры». А ведь тут в исследовании участвовало 26 000 мужчин с 2000 по 2010 год! Вопрос пока открыт...

– Лечение «ингибиторами (подавителями) фактора некроза опухоли». Тут логику проследить как раз можно. В нашем организме существует биологически активное вещество: фактор некроза опухоли. В эксперименте с животными приводит к разрушению опухолей. Отсюда и такое название. Последние годы для лечения в основном ревматоидного артрита появились препараты, подавляющие активность этого фактора. И вслед за их применением – статистика возможного увеличения случаев меланомы у таких больных.

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПРОЦЕССА**

Понятно, что основой лечения является хирургия и иссечение меланомы полностью и, что называется, с запасом!

При отсутствии вовлечения лимфоузлов и, тем более, более отдаленных метастазов такая операция может считаться радикальной, излечивающей.

При наличии более распространенного процесса необходимо сопутствующее лечение, в частности иммунотерапия. Иногда иммунотерапию начинают и при локализованном процессе, для профилактики метастазов, особенно у лиц высокого риска. Меланома – именно та опухоль, при которой иммунотерапия особенно перспективна. Исторически первым веществом, применяемым для лечения меланомы, был «Интерлейкин-2». Далее хорошо себя зарекомендовал упомянутый «Фактор некроза опухоли». В Европе сегодня комбинация «Фактора некроза опухоли» и «Интерлейкина» разрешена и применяется в лечении меланом. Иногда следы опухоли уходят полностью, причем на долгий период! Часто эта комбинация применяется параллельно химиотерапии.

Другим лекарством иммунотерапии является «Ипилимумаб» («Ервой»): стимулирует собственную иммунную систему на борьбу с опухолью. Недостаток – космическая стоимость и серьезные побочные эффекты. В России не зарегистрирован.

К категории иммунотерапии относятся и новые, пока экспериментальные, вакцины. Их применение активизирует специальные антитела, которые начинают бороться с опухолью.

Современные разработки по лечению рака связаны с выборочной стимуляцией собственной иммунной системы.

Целевая – таргетная терапия, когда вводятся препараты, направленные против ферментов, которые для опухоли очень важны. Своего рода «санкции»! К ним относится ряд моноклональных антител, к каждому из них есть свои показания и противопоказания. Очень трудно объяснить человеческим языком детали иммуноонкологии, когда само произнесение названий веществ и препаратов ломает язык и правильное произношение возможно только после месяцев тренировок! Надо знать одно: наука не стоит на месте, **ИММУНООНКОЛОГИЯ – ОДНО ИЗ САМЫХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ БОРЬБЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ!!** Так что свет в конце туннеля есть!

### **ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ**



**> Может ли обычная родинка переродиться в меланому?**

Да, может, однако абсолютный (индивидуальный) риск ничтожно мал. Он возрастает у людей с определенным фенотипом (белокожие, блондины, рыжие), у лиц с большим количеством родинок.

**> Опасно ли травмировать родинку?**

Опять же – абсолютные риски очень низки, но если это все-таки произошло, лучше показаться врачу. Родинки в неудобных местах, которые мешают (область ремня, бретельки, например), лучше заблаговременно удалить!

**> Куда меланома может дать метастазы?**

В любой орган: мозг, лёгкие, печень, почки, кости. Меланома быстро метастазирует, поэтому очень важна правильная и регулярная санпросветработа (забытое название, правда?). Не загорелых красоток по телевизору в рекламах показывать, а о вреде ультрафиолета напоминать! Звучит нереально? Ну а вспомните про курение. Еще недавно с экрана не сходили харизматичные герои с сигаретой в зубах! И где они теперь?

**> – Что же, в солярий теперь не ходить?**

Да, не ходить. Во всем мире он вообще запрещен лицам до 18 лет. Правильно предохраняться от загара. Это основное! Солнцезащитный крем с SPF30, рубашки с длинными рукавами для лиц повышенного риска и проч.! Заботиться о детях, всеми мерами предохранять их от солнечных ожогов!

Исследования говорят, что предохранить от меланомы может диета, богатая витамином D, а также аспирин и статины (препараты против повышенного холестерина). Про диету ничего возразить не могу, аспирин и статины – только если есть основные показания к их применению, например, сочетание факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний.

**Заметки на полях:**

«Негры страдают меланомой значительно реже белых, хотя и тут никаких гарантий! Но, работая в Африке, я довольно часто сталкивался с необычными пациентами – неграми-альбиносами. (Может быть, в той области, где я служил, их было особенно много.) Молочно-белая кожа, белые кучерявые волосы, в остальном – типичные представители своей расы: приплюснутый нос, толстые губы и проч. Бедные люди, солнце безжалостно расправлялось с ними! Обгоревшие, кожа слезает лоскутами! Война, нищета, разруха – какой там солнцезащитный крем, какие там рубашки! Рубашка там была предметом престижа! Я сначала не понимал, почему многие носят на себе буквально рвань? Оказалось, хоть лохмотья, но ты в рубашке, это другой социальный статус! С голым торсом ты недостоин уважения! Как-то едем по саванне. Голосует молодой негр. Я хотел его подобрать, кругом на 20 км никакого жилья, банды бродят. Но водитель молча нажал на газ! На вопрос: „Почему же ты не остановился?!“ – ответ был: „Он без рубашки!“ Там никто не заморачивался подсчетом частоты меланом среди альбиносов, но доживали до 30 лишь немногие из них...»

## 1.18 О СОСТОЯНИИ ПРЕДРАКА

В последние годы появились доказательства, что зародышевые онкологические клетки имеются у многих здоровых людей. Они находятся в скрытом состоянии и, в принципе, у большинства никогда не переходят в открытое состояние действующего вулкана, только в редких случаях прорываются через иммунные барьеры.../ 4 /. (Г. Гарбузов, 2013г.)

### КАК НАЧИНАЕТСЯ СРАЖЕНИЕ НА ЭТИХ БАРЬЕРАХ?

**Н. Друзьяк:** Природе удалось создать ИНТЕРФЕРОН – чудесный белок, способный отличить клетки от вирусов и специфически подавлять продукцию микроскопических гангстеров. Он обладает значительно большей активностью, чем известные антибиотики. Его можно сравнить с антителами иммунной системы. Последние специфичны только для своих вирусов, интерферон подавляет большинство из них, причем – уже через несколько часов, (задолго до антител, которые появляются через несколько дней) Интерферон борется с вирусами, уже проникшими в клетку, а антитела обезвреживают вирусы, которые

(поработали) и вышли из клетки...

Охлаждение, нервные потрясения, ощелачивание крови тормозят выработку интерферона.

Подкисление крови способствует укреплению этого первого редута иммунной системы.

**И. Филиппова / 3 /:** Иммунная система до поры не видит пришельцев микроцетов, вернее не обращает на них внимания, так как ведут они себя мирно, развиваясь в биоте, не повреждая клетки. Если идет агрессия, т.е. микроцеты начинают внедряться и повреждать здоровые клетки, то иммунная система активизируется – и вырабатывает фермент ПЕРФОРИН (это оружие противораковых бойцов – макрофагов) Перфорин внедряется в цитоплазму онкоклетки и перфорирует ее, вследствие чего клетка погибает. /Есть, оказывается, оружие!/. Но иногда выработка перфорины падает – пока никто не знает, по каким причинам. / Можно предположить – из-за высокой щелочности крови – попил кефиру, поел сыру, творожок с молочком .../.

Если на имеющуюся генетическую предрасположенность (предок болел раком, вызванным именно этим микромицетом), наложилось внедрение в организм такого же микромицета, то начинают формироваться очаги опухоли. Но перфорин еще в силах сдержать данный процесс, даже когда условно спокойная опухоль уже размножается спорами. Это форма предрака, или облигантного рака – опухолевые очаги пока микроскопические, но они способны выбрасывать споры. Нужен только маленький толчок, чтобы болезнь стала прогрессировать.

В этот период есть масса возможностей повернуть болезнь вспять – опухоль еще не сформирована./ 3 /

На стадии предрака не все так просто. Стресс, который испытывает пациент, узнав результат анализа, очень способствует болезни. Между тем, например, рак яичников на ранних стадиях не ощущается, больная чувствует себя здоровой. Ультразвук и онкомаркеры указывают: или киста, или опухоль. Врач пишет заключение: выявлен рак. Но! При наличии четких признаков реальную опухоль находят только

у каждой десятой женщины, т.е. девять из десяти оперируют зря! (А. Мясников /5, 2014г. /).

Когда на рентгене опухоль в легких уже видна, операция уже бессмысленна, остается химиотерапия, облучение. На Западе внедряется специальный анализ крови, чтобы обнаружить это заранее.

С 1990 годов всем мужчинам рекомендуют сдавать кровь на анализ ПСА (простатоспецифический антиген). Он может указывать на начальную стадию рака. Потом оказалось, что вылечивается в десятки раз больше больных, а смертность какая была, такая и осталась. Исследования показали, что заболевание часто протекает бессимптомно, а у мужчин под 80 лет болеет каждый второй, и болезнь не проявляет себя. Операция, облучение снижают качество жизни: развивается импотенция и недержание мочи.

Последние медицинские исследования показали: если не прибегать к оперативному вмешательству, то такой рак в 50% случаев не развивается, мужчина совершенно полноценно живет хоть до 80 – 90 лет и умирает совершенно по другим причинам! За границей пациентов предупреждают об этом и предлагают выбор: лечиться с тяжелыми последствиями или иметь 50% шанс полноценной жизни... У нас же половину пациентов практически практически кастрируют зря. Для врача нет правильного ответа: можно выявить заболевание на самой ранней стадии, ничего не делать, человек проживет до ста лет, и умрет например, в автокатастрофе. А может быть по другому: врачи закроют на проблему глаза и пропустят рак. Заболевание будет протекать агрессивно и кончится печально... / 5 /.

На Западе ответственность берет на себя пациент. Это правильно, но не хотелось бы быть таким пациентом...

А каково жить, зная, что у тебя подозревают рак, ходить по малопривлекательным процедурам? Проводили исследование, в котором расспрашивали женщин, у которых на маммографии был установлен рак, но потом результаты оказались, к счастью, ложноположительными. Половина из них страдала выраженной тревогой, а 20% волновались так сильно, что не могли толком выполнять свою работу! /27/.

Ладно, скажет кто-то, тратим огромные деньги из и так скудного медицинского бюджета зря (об этом пусть правительство заботится!), кто-то промывался по врачам и лабораториям (пусть радуются, что ничего не нашли!), но ведь кому-то по-настоящему нашли рак и тем самым спасли или продлили жизнь! Да вот и это не всегда... Та же компьютерная томография отлично видит объемные образования печени. И оставим в стороне тот установленный факт, что на каждый случай реального рака печени приходится 1800 (!!!) ложноположительных результатов. Вот нашли мы у ничего не подозревающего человека этот самый рак – «гематому». Она относится, к сожалению, к той разновидности онкологии, где успехи в лечении пока весьма скромные... Врачи уже не имеют права отмахнуться – рак, потенциально опасное заболевание, надо срочно лечить! И лечат... Тяжелая операция, потом радиация, потом изнуряющая химиотерапия... Качество жизни уж точно потеряно. А ведь в данном случае больной в доклинической стадии мог бы еще много времени жить полноценной жизнью.

Другой пример – рак простаты. После введения в 90-х годах поголовного скрининга мужчин на уровень простатоспецифического антигена врачи стали выявлять этот рак в десятки раз чаще и на самых ранних стадиях. Количество операций возросло многократно, а вот смертность от этого рака какой была, такой практически и осталась! Что же мы с таким энтузиазмом оперировали и уничтожали?! Оказалось, что на таких доклинических стадиях рак простаты может прогрессировать,

**а может и нет! И процент здесь 50 на 50! А операция это и импотенция, и недержание мочи, и прочие малоприятные вещи! Именно поэтому сегодня во всем остальном мире предлагают либо вмешательство, либо наблюдение. Звучит дико: наблюдать за раком, но медицинская наука считает такой подход вполне оправданным. И скрининг на рак простаты сегодня перестал быть поголовным.**

**Результаты маммографии, УЗИ внутренних органов часто бывают ложноположительные /27/.**

**Далее – маммография. Да – обязательно, да – спасает жизнь, но опять все упирается в факты, которые, как любил повторять В. И. Ленин, вещь упрямая! Ведь почему в медицинском сообществе идут такие споры, с какого возраста ее проводить в целях скрининга и проводить ли вообще? Много ложноположительных результатов. Особенно в возрасте до 50 лет. Представьте – на ОДИН выявленный рак приходится ТЫСЯЧА женщин, у которых что-то нашли, заподозрили, что это рак, и долго и тщательно обследовали, включая биопсию! Помните, что мы говорили, что все это время они места себе не находят и 20% впадают в тяжелую депрессию?! А представьте, что скрининговую маммографию повторяют ежегодно, и умножайте каждый раз шанс ложноположительного результата на эту тысячу! Кстати, именно поэтому во всех странах, включая и Россию, период между маммографиями увеличили до двух лет. Если проводить скрининговую маммографию раз в два года, то количество ложноположительных результатов сокращается вдвое, если проводить ее начиная с 50 лет, а не с 40, то их количество снижается еще в 2 раза. Другая проблема, связанная с маммографией, – это, как и в случае скрининга на рак простаты, так называемая «овердиагностика»: выявление патологии неясной клинической значимости. Не все случаи рака груди быстро прогрессируют, некоторые даже могут подвергаться обратному развитию. Значительно чаще теперь стал ставиться диагноз «локальная внутрипротоковая карцинома», клиническое значение которой до сих пор не окончательно ясно. Ведь подавляющее большинство этих локальных внутрипротоковых карцином не переходят в инвазивный (проникающий) рак и так и оставались бы случайной находкой! Но рисковать никто не хочет, и таких женщин и оперируют, и облучают. 20% всех вновь обнаруженных раков молочных желез – локальные внутрипротоковые карциномы.**

**Вот не знаю, как вам, а мне после написания этой части главы опять стало неуютно. Как и всегда, когда я думаю или обсуждаю эту тему. С одной стороны, человеческая жизнь бесценна и «под каждым могильным камнем лежит целая вселенная». И мы не стоим за ценой – поставим везде томографы, маммографы, УЗИ и будем выявлять, выявлять, выявлять, не считаясь ни с какими затратами! Пропустим через сито многочисленных исследований тысячи в итоге здоровых людей, проведем десятки ненужных операций, но этот конкретный случай рака выявим! Вырежем, вылечим и спасем. Наверное, спасем. А может, и нет. Онкологическая операция стоит денег, и правильная химиотерапия стоит денег, и препараты стоят огромных денег, и специалисты стоят еще больших денег. А денег-то и не хватает, их почти нет: все ушло на эти многочисленные исследования, каскад дорогостоящих и в конечном итоге ненужных исследований, проведенных зря биопсий и операций. Если сесть и посчитать (как сделали все остальные страны), то окажется, что подходы надо менять.**

**Заметки на полях**

**В западных странах при диспансеризации ЭКГ не делают – не входит это в список обязательных исследований здоровых людей. Посчитали, что никакой дополнительной информации в предотвращении болезней она не дает! У нас в стране мы**

делаем ее всем: стоит копейки, лишняя не будет, нам не жалко! А там посчитали: копейки, умноженные на цифры взрослого населения страны, – это уже не копейки, а миллионы и миллионы долларов. И такой расход должен быть оправдан! /27/.

Все так, но я помню одного пациента, который долго жил в Англии, ходил там по врачам и, по их совету, не делал скрининг ПСА на определение рака простаты. Он пришел ко мне с болями в спине, и я нашел у него метастазы в позвоночнике из запущенной опухоли простаты... Часто задачи и цели превентивной медицины и организации здравоохранения не совпадают с интересами конкретного отдельно взятого человека. Статистика оперирует тысячами и сотнями тысяч, а нас волнует здоровье свое и своих близких! В последующих главах я постараюсь при обсуждении каждой разновидности рака дать приемлемые советы по скринингу и диагностике /27/.

Пока же поговорим о популярной и очень часто абсолютно неверно трактуемой теме – онкомаркерах! Что это? Ну, вот взять тот же ПСА – это онкомаркер для простаты. Подобные есть для рака печени, яичников, желудка, щитовидной железы и так далее. Вот их официальное определение: «Онкомаркеры – специфические вещества, продукты жизнедеятельности опухоли или вещества, продуцируемые нормальными тканями в ответ на инвазию раковых клеток, которые обнаруживаются в крови и/или моче больных раком». «Зачем же дело стало?» – спросите вы. Проверим, и все станет ясно – есть рак или нет?» И проверяют, и во многих клиниках такие анализы предлагают всем желающим, что является большой ошибкой. Делать этого категорически НЕ НАДО! Причем, во избежание длинных, наукообразных и никому не интересных рассуждений, просто примите мои слова на веру! Ведь в большинстве своем эти онкомаркеры превышают норму при других, отличных от онкологии, заболеваниях. А при злокачественных опухолях они бывают повышены далеко не всегда! То есть: если они повышены, то это ни о чем не говорит, шансы наличия онкологии очень низкие, если нормальные – никакой гарантии нет, вероятность рака это не снимает! Для чего тогда их определяют? В основном для наблюдения за уже оперированными онкологическими больными. Когда уже установлен диагноз, когда опухоль удалена и онкомаркеры, если только они были исходно повышены, пришли в норму. Вот тут периодический контроль за их уровнем может уловить рецидив на раннем этапе. Также их используют при наличии серьезного подозрения на опухоль по данным других исследований, например, по той же компьютерной томографии, для придания большей убедительности диагностической концепции. Но и в этом случае повышенный уровень онкомаркеров определяющего значения не имеет /27/.

Профессор медицины Дартмутского института здравоохранения и клинической практики Х. Гилберт Уэлш, который занимался проблемами скрининг-тестов, говорит: «Большинству больных, у которых рак выявлен на ранних стадиях, мы все равно не можем помочь. Таким людям говорят: «Вы больны раком» намного раньше, чем об этом можно сказать человеку на самом деле. И, что хуже всего, они подвергнутся лечению от заболевания, которое никогда «бы не проявило себя за всю их жизнь».

Директор подразделения профилактики раковых заболеваний при NCI, доктор Барнетт Крамер, соглашается с этими словами: «Я пришел к заключению, что гипердиагностика – частое явление» и «любой скрининг-тест может выявить опухоль, которая не требует лечения».

Хотя пациенты, у которых при скрининг-тестах выявлено подозрение на рак, считают, что им сильно повезло. Это явление называется «парадокс популярности»: скрининг обнаруживает больше рака, после этого большее количество людей счи-

таются излечившимися от рака, и каждый уверен, что скрининг спас их жизни. Так рождается миф о важности этих тестов, хотя эта важность очевидно завышена.

Кроме возможности получения дезориентирующей информации о болезни, скрининг-тесты также могут принести непосредственный вред. Маммография, например, подвергает женщину небольшим дозам радиации, что при регулярном повторении само по себе может повысить шансы на возникновение рака. Редко, но случается, что при колоноскопии происходит перфорация толстой кишки. Риск этот невысок, но мы не можем его игнорировать.

В добавление ко всему, наблюдение в отдаленном периоде, которое потребуется после подозрения на рак, с дополнительными исследованиями, часто тяжелыми, может навредить пациенту, не говоря уже о постоянном стрессе. Приведем пример: если на рентгенограмме или на компьютерной томограмме легких обнаружено подозрение на какую-либо патологию, а это случается у курильщиков в 20—60% случаев, потребуется биопсия легочной ткани. Чтобы выполнить это исследование, больному необходимо провести бронхоскопию, при которой тубус аппарата вводится в легкие через трахею, а при заборе кусочка ткани через бронхоскоп вводится и игла. Сама процедура может вызвать частичное спадение (коллапс) легкого, кровотечение, внесение инфекции, выраженный болевой синдром, хотя это случается нечасто. Когда же требуется забрать большее количество тканей для исследования, приходится проводить операцию на грудной клетке /23/.

Различия между стандартизированными рекомендациями и клиническим опытом отражают трения между людьми, которые анализируют данные и выпускают так называемые научно обоснованные рекомендации, и врачами, которые занимаются лечением больных. Намерения обеих сторон благородны, но несогласованность ставит пациентов в сложное положение: они не знают, кто принимать должен принимать решения, основанные на данных сомнительного скрининга.

Но есть и некоторые точки соприкосновения. Все согласны, что нам отчаянным образом требуются более достоверные тесты для разграничения раков простаты на те, которые требуют немедленного лечения, и те, которые можно безопасно наблюдать. При возникновении же достоверных признаков ухудшения состояния всегда можно начать своевременное лечение /23/.

## 1.20. ПРОБЛЕМНАЯ МАММОГРАФИЯ /23/

Маммография в последние годы также попала под волну серьезной критики. Золотым стандартом для скрининга рака молочной железы должны быть слова «семь раз отмерь». Ежегодные маммографические обследования стали обыденным делом для миллионов американок и европейек. Большинство из них считает, что эти обследования имеют крайне важное значение в деле раннего обнаружения опухолей и снижения смертности от них. Но и в этом случае реальная ценность исследования может быть гораздо меньше, чем мы когда-то предполагали.

Рабочая группа профилактической службы США категорически утверждает, что имеются «убедительные свидетельства» особой важности скрининга в снижении смертности от рака молочной железы среди женщин в возрасте от 50 до 74 лет.

Национальная коалиция против рака молочной железы скептически относится к этим словам. Коалиция указывает, что, как показывают два крупных клинических испытания, проведенных по данной тематике, снижения смертности не наблюдается.

Охват одного из них составил 42 000 женщин и возрасте от 45 до 69 лет, в другом охват составил 90 000 женщин в возрасте от 40 до 59 лет. Коалиция также сообщает, что результаты других пяти ключевых исследований в целом были слабыми, хотя совокупно показали небольшое снижение риска заболеваемости.

Другие данные также предполагают, что польза маммографии невелика. В одном из исследований выявлено, что необходимо обследовать 2970 женщин разово, чтобы спасти одну жизнь. Другое исследование, опубликованное в журнале *Archives of Internal Medicine*, выявило, что из 100 000 обследованных 990 женщин с выявленным при проведении маммографии раком груди с большой долей вероятности умрут от своей болезни в ближайшие 20 лет. Эта цифра для необследованных женщин составила 1240 человек. То есть 250 женщин на 100 000 действительно получили пользу от обследования.

Маммография действительно помогает выявить рак на более ранней стадии. Но эксперты спорят о ее влиянии на результаты лечения. Согласно расчетам, опубликованным в *Journal of the American Medical Association*, 35 женщин в возрасте 40 лет из каждых 10 000 умрут от рака груди через 10 лет и более, если они не подвергались обследованию. Маммография снижает эту цифру до 30 человек на каждые 10 000. «Для большинства женщин с раком маммография не меняет окончательного исхода заболевания, рак груди остается такой же смертельной болезнью вне зависимости от обследования», – пишут авторы.

Опираясь на такие доказательства, рабочая группа пересмотрела свои рекомендации по скринингу рака молочной железы. В 2002 году сообщалось, что все женщины должны проходить маммографическое обследование каждый год или каждые 2 года начиная с 40-летнего возраста. Новое руководство, изданное в 2009 году, рекомендовало не обследовать женщин моложе 50 лет без показаний и обязать женщин от 50 до 74 лет проходить обследование раз в два года. Рабочая группа также пришла к выводу, что доказательств для оценки преимуществ или вреда маммографии у женщин 75 лет и старше недостаточно. К сожалению, эти рекомендации необязательны для медицинских учреждений. Например, NCI до сих пор рекомендует женщинам 40 лет и старше проходить маммографическое обследование ежегодно или раз в 2 года. ACS и фонд «Сьюзен Дж. Комен» рекомендуют ежегодную маммографию для всех женщин старше 40 лет.

Данные многих исследований свидетельствовали о пользе регулярных маммографических обследований. В 2009 году на симпозиуме по раку молочной железы, организованном Американской ассоциацией клинической онкологии, исследователи представили данные на 7000 женщин с инвазивными раками молочных желез. 80% из них регулярно (по крайней мере раз в 2 года) проходили маммографическое обследование, а 20% не обследовались.

За 13-летний период 461 женщина умерла от рака молочной железы. 75% из них не проходили скрининг. Основываясь на полученных данных, исследователи установили, что женщины, которые проходили скрининг, умирали в течение последующих 13 лет, что составляет 5% по сравнению с 56% смертности в группе женщин, не проходивших скрининг. Польза маммографии в снижении частоты запущенных раков груди была подтверждена в мае 2012 года в обзоре 10 случайно выбранных клинических испытаний. Это исследование подчеркивает эффективность диагностики рака молочной железы на ранних стадиях, что влияет на снижение смертности от него.

Выявив эту закономерность, многие клиницисты еще резче отмежевались от рекомендаций рабочей группы. Когда я разговаривала на эту тему с доцентом клинической радиологии при Университете Нью-Йорка Юлией Митник, основателем знаменитой частной клиники рентгенологии и маммографии Мюррей Хилл, она предположила, что некоторые данные, которыми пользовалась рабочая группа, могли быть ошибочными. Доктор Митник также отметила, что эти же данные могут быть интерпретированы в другом ключе. Более того, она считает, что разговоры о сомнительной ценности маммографического обследования могут вызвать нежелание части страховых компаний оплачивать это обследование.

Джилл Фишбейн-Майер, практикующий доцент отделения гинекологии в больнице Маунт Синай в Нью-Йорке, разделяет точку зрения доктора Митник. «В своей практике я не учитываю рекомендации рабочей группы Профилактической службы США», – признается она. Доктор Фишбейн-Майер сама перенесла рак молочной железы и настаивает на проведении маммографий в возрасте от 35 до 40 лет, а также ежегодном их проведении после 40 лет. Инстинкт клинического врача подсказывает ей, что уменьшение частоты проведения этих исследований в группе пожилых и стариков, как и отказ от них в группе молодых женщин, если следовать рекомендациям рабочей группы, очень рискованное решение.

Доктор Митник и доктор Фишбейн-Майер обеспокоены одним: болезнь будет диагностироваться на поздних стадиях, что потребует более агрессивной тактики лечения и повысит риск смерти от рака молочной железы. Очевидно, что рабочая группа также обеспокоена этим, но иногда аргументация врачей перевешивает, потому что они общаются с больными ежедневно, непосредственно наблюдая последствия этой болезни и желая предотвратить их.

Конечно же, это не вносит особой ясности в ситуацию. Необходимо достичь консенсуса, без которого мы все обречены топтаться на одном месте. А врачи останутся один на один с выбором тактики лечения, основываясь только на клиническом опыте и личных предпочтениях.



## 1.21. ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВОЗМОЖНОСТИ /23/

Лучшая возможность оптимизации обследования – это скрининг с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Существует значительное различие между скринингом здоровых людей на все вероятные раки и планированием тестов индивидуально для тех, у кого вероятность развития онкологического заболевания выше. Отягощенный семейный анамнез, курение, уже имевшее место онкологическое заболевание – вот те факторы риска, которые определяют выбор в пользу проведения тестов.

В недавней публикации журнала *Annals of Internal Medicine*, например, исследователи предполагают, что персонифицированное, основанное на учете рисков использование маммографии могло бы стать решением многих проблем. Они пришли к заключению, что избыточная плотность ткани молочной железы или наличие ближайших родственников, у которых был рак груди, удваивают риск возникновения рака у женщин в возрасте 40—49 лет. У данной категории населения имеет смысл проводить скрининг чаще.

Нам также необходимо максимально подвергнуть население скрининг-тестам, результаты которых полностью достоверны. Сейчас подвергаются скринингу ни рак шейки матки 83% от целевой группы населения, в то время как правительственная инициатива «Здоровые люди 2020» поставила цель увеличить скрининг до 93% к 2020 году.

История моей подруги Бриджит показывает, что означают эти цифры в действительности. Когда она проходила очередной тяжелый сеанс химиотерапии по поводу диагностированного у нее рака шейки матки, я спросила ее, как она себя чувствует. Я хорошо запомнила ее ответ, полный горького сожаления. «Я очень зла на себя», – сказала она. Она понимала, что если бы регулярно посещала гинеколога и проходила ПАП-тесты, рак был бы обнаружен на ранней стадии, когда он был еще излечим.

Но даже несмотря на наличие эффективных тестов, в 2011 году было выставлено около 12700 диагнозов рака шейки матки, из которых почти 4300 случаев окончились летальным исходом.

Еще одна проблема – недостаточно широкое проведение скрининг-тестов на рак толстой кишки. Колоноскопия не только обнаруживает опухоли, с ее помощью удаляются полипы толстой кишки, которые могут стать злокачественными. Такой тип предупреждения онкологических заболеваний оптимален. Конечно, этот тест требует значительных приготовлений, времени, терпения, но при наличии в 2011 году 141 000 заболевших раком толстой кишки, из которых 49 000 человек погибли, колоноскопия по-настоящему спасает жизни.

Из тех, кому показана колоноскопия, только около 59% обследовались на наличие рака толстой кишки. По программе «Здоровые люди» этот уровень в целевой группе населения в 2020 году должен быть чуть выше 70%. Сейчас количество этих обследований значительно ниже среди людей с ограниченным доступом к системе здравоохранения, включая небелое население, людей с низким уровнем образования и не имеющих медицинской страховки.

## 1.19.О СПИСКЕ КАНЦЕРОГЕНОВ

Канцерогены – вещества провоцирующие развитие опухолей, – известны уже много десятков лет. К сожалению, мы практически не можем избежать их влияния. Наиважнейший канцероген, уносящий миллионы жизней, – это- да-да, факты вещь упрямая – табакокурение! /27/.

В онкологии я не знаю злокачественных опухолей, провоцировании которых табак не играл бы своей роли! Где-то она минимальная, а где-то определяющая! Убийца №1 – рак легких, который в 90% случаев поражает курильщиков! У них риск развития рака легкого может достигать 30%, тогда как у человека, который никогда не курил, – всего 1%! Другими словами, каждый третий заядлый курильщик умирает от рака легкого! Рак полости рта, рак мочевого пузыря, рак простаты, рак полового члена – никотин и смолы там главный провоцирующий фактор! Почему такой специфический набор? То, что курильщик выдыхает, вдыхаем мы с вами, и теперь уже страдают наши легкие и остальные органы! Да-да, вторичное курение тоже может вызывать рак! /27/.

Удивительно, но термин «вторичное курение» впервые появился в нацистской Германии в 1939 году, когда там велась глобальная пропаганда здорового образа жизни нации. Серьезные исследования этой проблемы проводятся не первый год и продолжают по сей день. Ученые измеряли количество угарного газа и количество продуктов сгорания на рабочих местах, в домах, сравнивали, как обстоит ситуация в помещениях, где люди курят, а где – нет. У курильщиков и у некурящих брались биомаркеры, сравнивалась концентрация канцерогенов и производных никотина. По результатам был накоплен огромный статистический материал. В этом глобальном исследовании участвовала 31 страна! Доказанный факт: любой вид табака и любой вид курения, как активное, как и пассивное, вредны для здоровья человека!

С 2006 года вторичное курение в мире признано источником канцерогенов, которые провоцируют рак легких. Против официального признания этого факта пытались бороться табачные компании, но их действия довольно жестко пресечены Верховным Судом США, постановившим, что действия производителей табака – это умышленный обман и мошенничество. С тех пор все разговоры о том, что курение не так уж и вредно, прекратились, и этот вопрос больше не обсуждается /27/.

Меня удивило, что в продуктах сгорания табака есть испарения бензина. Человек, сидящий в прокуренной комнате, получает столько же паров бензина, сколько если бы он сидел на бензозаправке!

Эгоизм тех, кто курит, не может не вызвать возмущения. От пассивного курения заболевает 6 млн человек в год. При этом наивно думать, что просто физически разделив помещения на те, где курить можно, и где нельзя, мы кардинально исправим ситуацию. Фильтры в вентиляции задерживают всего 20% вредных веществ, поэтому производные никотина находят у некурящих жильцов 5-го этажа в таком же количестве, что и в соседней с курильщиком комнате на первом этаже! За рубежом есть понятие «больной дом» – с большим количеством проживающих курильщиков, которые чаще попадают в госпитали. В Калифорнии во многих жилых зданиях запрещено курить даже в квартирах. Во многих штатах жена имеет право развестись с курящим мужем /27/.

Список канцерогенов очень обширный. Вот некоторые сведения /27/:

– Еще 250 лет назад в Англии заметили, что трубочисты часто болеют раком мошонки, и связали это с постоянным воздействием сажи печных труб. (Не то, чтобы они терлись мошонкой о сажу – на работе они были в штанах, но частички сажи и вдыхали, и глотали!)

– Перекаленное на сковороде масло – канцероген! Не нужно скупиться, надо выливать на вид еще хорошее масло!

– Дым от мангала – (у поваров восточной кухни рак легких = профзаболевание!)

– Копченая пища (мясо, рыба и т.д.) – нужно относиться с осторожностью...

– Всевозможные красители (классический рак мочевого пузыря у работников красильных фабрик).

– Многие пищевые добавки запрещены, как доказанные канцерогены.

– нитраты...

– Асбест – разновидность силиката – один из самых сильных канцерогенов. Еще недавно широко применялся в строительстве. После выявления его вредоносных способностей от него вначале отказались в США, в 1995 году во Франции, с 2005 г. он запрещен во всей Европе. В других странах, включая Россию, этот материал еще используется...

– Ионизирующее излучение также обладает доказанным канцерогенным действием. Особенно чувствительны щитовидная железа, легкие, лимфоидная ткань (лимфоциты) ... Не попадали под радиацию? Возможно, а Вы уверены что знаете окружающий радиационный фон? /27/. / Кстати, пользуясь датчиком для поиска провода под штукатуркой, я обнаружил во многих домах стены, или пятна на стенах, и перекрытия с радиационным фоном. Очевидно. это связано с применением радиоактивных песка или дробленого радиоактивного гранита в бетоне... /

– Родон – один из факторов риска рака легкого. Иногда за ним не надо ехать на курорт принимать родоновые ванны. Часто он присутствует в почве, камнях, грунтовых водах.

– Те пациенты, которые подвергаются радиационной терапии, получают дополнительные опасности, с этим связанные.

– Отдельная тема – рентген. Его не надо бояться, но не надо и злоупотреблять. Несколько снимков в год ничего плохого не сделают: обычно полученную при этом дозу сравнивают с той, что приходится на пассажира трансатлантического самолета. Но совершенно недопустимо просить, чтобы просветили на томографе с ног до головы на всякий случай: «а вдруг чего?» Излучение при таком исследовании на компьютерном томографе иногда может быть достаточно для того, чтобы дать толчок развитию лимфомы. А уж если оно повторится несколько раз. то тем более! (Излучение от одного исследования КТ при скрининге всего тела равняется суммарному излучению, как если бы Вам делали рентген грудной клетки дважды в день в течение одного года!) Медицинская статистика насчитывает таких случаев десятки тысяч! Так что риск должен быть оправдан.

– Знаете, что еще является признанным канцерогеном? Работа в ночную смену! Признано не кем другим, как Всемирной организацией здравоохранения! /27/. Обширные исследования стюардесс, летающих ночью, медсестер и других женщин, чья работа связана с ночными дежурствами, убедительно показали, что пусть не очень сильно, но риск достоверно возрастает! Врачи связывают это с неурочным воздействием света, подавляющим выработку шишковидной железой весьма интересного гормона – мелатонина, который во многом определяет функционирование организма согласно нашим внутренним часам! Дефицит этого гормона в нужное время и обвиняют в подобном эффекте. Ну и что я, как главный врач город-

ской больницы должен говорить теперь своим медсестрам и докторицам, отправляя работать их в ночную смену?!! /27/.

Если мы изменим свой образ жизни, постараемся устранить из окружающей среды канцерогены и направим усилия на разработку недорогих биодобавок которые снижают риск заболевания раком, фармацевтические компании почувствуют удар ниже пояса. Профилактика сможет предложить им некоторые статьи дохода – например, в области развития вакцин. Но, по всей вероятности, их прибыли все равно упадут/23/.

– Не стоит забывать, что, например, плесень содержит ядовитое вещество (афлатоксин), способное вызвать рак печени. Особенно опасны продукты из жарких стран, такие как миндаль и земляной орех. Следует быть внимательными также с зерновыми продуктами и хлебом. При гниении яблок и других фруктов образуется токсическое вещество (патулин), которое также способствует развитию злокачественных новообразований /35/. Результаты исследований показали, что токсические вещества находят не только в заплесневелых участках продуктов, но и в других, внешне не измененных. Лучше всего выбросить испорченные продукты целиком.

– Нитраты являются необходимым питательным веществом для пищевых растений. Однако при перенасыщении почвы удобрением количество нитратов в определенных сортах овощей повышается. Под влиянием бактерий или при взаимодействии с белками могут образоваться нитрозамины, являющиеся канцерогенными, то есть способствующими развитию рака, веществами. Они попадают в организм с продуктами, подвергшимися засолке с использованием специальной соли. Нейтрализовать их можно, если в рационе питания достаточно витаминов С и Е.

– При сжигании органического материала (дерево, уголь, жир) образуются определенные углеводородные вещества, встречающиеся также в смоле. Эти вещества являются канцерогенными. При копчении и поджаривании на гриле на поверхности мяса выделяется вредное вещество бензпирен, которое образуется тогда, когда капли жира попадают на горячие угли.

Прислушайтесь к советам ученых:

– Целесообразно использовать приспособления для гриля независимо от вида огня (газ, электричество, древесный уголь) с боковым очагом, Чтобы капли жира не попадали в огонь. При использовании открытого огня лучше всего применить древесный уголь.

– Готовить мясо на гриле надо на прогоревших, а не горящих и дымящихся углях.

– Не следует употреблять в пищу сильно обгоревшие или обугленные куски мяса.

– Нельзя жарить соленые мясные продукты, такие как сосиски, сардельки, сало, копчености.

– Используйте обезжиренное мясо, овощи (перец, картофель), кукурузу и рыбу (тунец, форель).

– Достигайте вкусового разнообразия, применяя различные соусы и приправы.

В быту приходится сталкиваться с прогорклым жиром. Дело в том, что жиры на воздухе и при сильном нагревании портятся. В них образуются свободные радикалы, которые повреждают витамины А, С, Е и ненасыщенные жирные кислоты и способствуют развитию опухолей в толстой кишке. Особенно подвержены изменениям жиры с высоким содержанием ненасыщенных жирных кислот /35/.

**При длительном жарении на поверхности мяса могут также образоваться вредные вещества, связанные с разрушением белка. Поэтому при приготовлении пищи избегайте образования подгоревшей корочки.**

**Известно, что с целью улучшения вкусовых качеств, продления срока хранения, изменения цвета в продукты вносят определенные добавки.**

**Периодически в прессе появляются сведения об их вредности. Однако ученые заявляют, что вред «химии» сопоставим с результатами собственных ошибок в питании при неумеренном потреблении жиров и рафинированных продуктов.**

**Тем не менее для полноценного питания различные добавки в продукты нежелательны. К сожалению, сегодня неизбежно использование различных веществ для придания продуктам определенных качеств.**

**Риск возникновения рака повышают тяжелые металлы (свинец, кадмий), содержащиеся в окружающей среде. Свинец, находящийся на поверхности растений, чаще всего удаётся удалить с помощью тщательного мытья овощей и фруктов. Кадмий обычно содержится в некоторых грибах, в поджаренном арахисе, особенно в шелухе.**

**Тяжелые металлы, токсичные свинец и кадмий, скапливаются во внутренних органах животных, и особенно старых. Следует ограничить употребление продуктов, изготовленных из данного вида сырья /35/.**

## 1.22.СКРИНИНГ ДРУГИХ ВИДОВ РАКА /23/

Наряду с усовершенствованием тестов, которые у нас уже есть, нам необходим скрининг для многих других онкологических заболеваний, которые не имеют эффективной ранней диагностики. Нам необходимы маркеры, позволяющие недвусмысленно интерпретировать полученные благодаря им данные. Но новые маркеры нельзя широко использовать в практической медицине до тех пор, пока мы не узнаем точно, о чем они свидетельствуют. Опыт прошлых лет должен научить нас этому: мы не продвинем дело профилактики, не сможем выявлять рак на ранней стадии, предлагая тесты, которые вносят в диагностику дополнительную путаницу.

\* \* \*

Много внимания уделяется скринингу самых смертельных онкологических заболеваний – раку легких и раку яичников, – когда они находятся на достаточно ранней стадии для излечения.

В 2012 году рак легких вызвал в США 160 000 смертей – больше, чем рак молочной железы, толстой кишки и предстательной железы, вместе взятые. Из-за отсутствия хороших скрининг-тестов на рак легкого только 15% опухолей выявлены на ранней стадии, а из тех, у кого этот рак выявлен, только половина проживет более 5 лет после проведенного лечения. Если лечение не началось до того, как рак перешел в развитую стадию, только 16% людей смогут прожить 5 лет и больше. С 1971 года коэффициент выживаемости при раке легкого практически не вырос. К 2010 году он поднялся лишь на 2%.

Для выявления рака легкого используются 3 исследования, ценность которых в наше время обсуждается: компьютерная томография с низкой лучевой нагрузкой, рентгенография грудной клетки и цитологическое исследование мокроты с использованием микроскопии для поиска патологических клеток. Рабочая группа службы профилактики США доложила, что уровень каждого из этих исследований недостаточен, чтобы рекомендовать их для обследования здоровых групп населения.

В 2011 году пришли обнадеживающие новости, когда Национальный институт злокачественных новообразований сообщил о результатах испытании различных видов скрининга на предмет рака предстательной железы, легкого, толстой кишки и яичников у 54000 практикующих и бывших курильщиков в возрасте от 55 до 74 лет, имеющих большой стаж курения. Испытания сравнивали эффективность рентгенологического обследования с компьютерной томографией с низкой лучевой нагрузкой (новейшая техника обследования, которая обеспечивает снимки высокого разрешения при задержке пациентом дыхания). Данные исследования, опубликованные в New England Journal of Medicine, гласят, что при использовании такого КТ смертность от рака легкого снизилась на 20%.

Это многообещающее открытие, хотя нам по-прежнему требуется больше информации о пользе и рисках, связанных с использованием компьютерной томографии. На данный момент у нас нет данных, насколько информативен этот тест у молодых пациентов и у незлостных курильщиков, и неизвестно, как часто необходимо проводить обследования. Обследование также имеет высокий уровень ложноположительных результатов: один пациент из каждых четырех должен продолжить обследование, чтобы удостовериться в отсутствии опухоли. Дополнительным риском является облучение.

Тем не менее некоторые сторонники призывают уже сейчас издать новые руководства по скринингу рака легких. Кэролин Р. Олдж, учредитель Фонда предотвра-

щения рака в г. Александрия, штат Вирджиния, который занимается проблемами ранней диагностики рака и его профилактики, приветствовала полученные данные следующими словами: «Крупнейший прорыв в выявлении рака легких на ранней стадии».

На данный момент Американское общество противодействия раку (ACS) рекомендовало всем курильщикам со стажем, как и участникам испытания скринингов рака простаты, легких, толстой кишки и яичника, проведенных NCI, обсудить детали своих обследований с лечащими врачами.

Необходимость адекватного обследования на рак яичника также актуальна. Если рак яичника выявлен на ранней стадии, когда он не вышел за пределы органа, у женщины появляется шанс на длительную продолжительность жизни в 94%. Но чаще на момент обращения женщины к врачу с симптомами заболевания болезнь уже распространилась

Печальный факт: у более чем 2/3 женщин рак яичника не диагностируется, пока не достигнет 3 или 4 стадии, и только у 18—45% будут шансы прожить следующие 5 лет. Рак яичников занимает 5-е место по смертности женщин от онкологических заболеваний. Согласно данным NCI, в 2012 году диагностировано 22000 заболеваний раком яичников, и 15 000 женщин погибнет от него.

Рак яичников особенно труден для диагностики из-за маленьких размеров органа (с грецкий орех). Яичники расположены глубоко в малом тазу, где их нельзя прощупать, увидеть на рентгеновском снимке или выявить при УЗИ-обследовании. Эта болезнь носит название «тихий убийца».

Надежда на раннее обнаружение выросла с появлением «индекса симптомов», разработанного Барбарой Гофф, руководителем онкогинекологического подразделения при Университете и школе медицины имени Вашингтона в г. Сиэтл, и ее коллегами. Индекс симптомов призван ускорить диагностику рака, определяя группу симптомов, характерных для рака яичника, таких как частые боли в животе и в области таза, сильные и частые позывы к мочеиспусканию, вздутие живота, потерю аппетита и быструю насыщаемость во время приема пищи. Тем не менее последующие исследования показали, что использование индекса оказывает скромное влияние на улучшение диагностики. Как считают исследователи, «индекс симптомов» позволяет выиграть не более 3 месяцев, и влияние этого времени на последующий коэффициент выживаемости неизвестно.

Ценность скрининг-теста на наличие рака яичников будет заключаться в выявлении опухоли до появления клинических симптомов. Один из таких обещающих методов – трансвагинальное (чрезвлагалищное) УЗИ. С 1987 года по программе исследования скрининга рака яичника, проводимой Центром по изучению рака при Университете штата Кентукки, было исследовано 37000 женщин, обнаружено 500 подозрительных повреждений и выявлено при дальнейшем обследовании 60 злокачественных опухолей. «Мы искали иголки в стогу сена, и мы их нашли», – написал Джон Р. Ван Нагелл-мл., руководитель онкогинекологического отделения университета, в статье, посвященной раку яичника и опубликованной в журнале *Prevention* в 2011 году. Но тем не менее из исследования видно, что имеется большое количество ложнопозитивных результатов и выполнено много необязательных хирургических вмешательств для установления причин повреждений яичника.

Другой подход к проблеме – это измерение уровня содержания в крови белка СА-125, который повышается при наличии опухоли яичников. Исследователи Центра по изучению рака в Далласе разработали алгоритм, который устанавливает градацию уровня СА-125 (нормальный, промежуточный и высокий), и проверили ее

при исследовании более 3000 женщин в возрасте от 8 лет и старше. Они повторяли анализы каждые 3 месяца, если уровень СА-125 в крови достигал промежуточных значений, и проводили трансвагинальное УЗИ, если уровень был высоким. Лишь небольшому количеству женщин были необходимы ежеквартальные анализы крови, и всего нескольким потребовалось выполнение УЗИ. 8 женщин подверглись оперативному вмешательству по подозрению на рак яичника, согласно выявленным на УЗИ данным, у трех из них был выявлен рак яичника на ранней стадии. Ценность этого исследования состоит в установлении нормального уровня СА-125 в качестве шаблона на будущее, что обеспечило взвешенный подход к пациентам и уменьшило ложноположительные результаты.

Подобное, но более масштабное клиническое испытание проводится на данный момент в Великобритании. Его результаты будут опубликованы в 2014 году. Ценность этого исследования будет зависеть от того, даст ли испытываемый алгоритм действительное снижение уровня смертности от рака яичника. К сожалению, у нас есть повод для пессимизма. Испытания скрининга рака простаты, легких, толстой кишки и яичника, проведенные NCI, в которых женщин обследовали на уровень содержания в крови белка СА-125 и проводили трансвагинальные УЗИ-исследования, не дали в отдаленном периоде снижения смертности. На данный момент ACS и NCI совместно выступили против использования этих тестов на практике.

В другом, идеальном мире, когда-нибудь мы сможем предложить чувствительный и специфичный, спасительный скрининг-тест для всех раков и для всех людей на свете. Это остается нашей желанной, пока далекой целью, но эта цель – наша путеводная звезда на пути к предотвращению раковых заболеваний.

Чтобы достичь нашей цели, мы будем продолжать совершенствовать существующие тесты по выявлению рака и усердно искать другие, более надежные. Но до тех пор, пока мы не сможем выработать единые рекомендации, врачи должны честно и откровенно объяснять пациентам пределы возможностей современной медицины.

Некоторые заболевшие и сами смогут получить необходимую им информацию из публикаций, отражающих текущие врачебные споры, и сделать личный выбор методик скрининга. Многие этого делать не будут, и это тоже оправданно: не каждый, ознакомившись с доводами противостоящих врачебных групп, сможет сделать правильный выбор. Вместо этого пациенты предпочтут положиться на клинический опыт своих врачей, у которых, скорее всего, выработались свои собственные подходы к этим проблемам.

Это та реальность, в которой нам приходится жить, но такое положение вещей нас не устраивает. У нас просто недостает знаний, на которые мы могли бы опереться. «У нас до сих пор нет универсального анализа крови», – говорит Дж. Холланд, выдающийся преподаватель онкологии Медицинской школы Маунт Синай в Нью-Йорке.

Поиск маркера, появляющегося в крови или моче, имеющего высокую специфичность и чувствительность на ранних стадиях злокачественных опухолей, является главной задачей в деле предотвращения раковых заболеваний. В идеале нам необходима методика, позволяющая обследовать большие группы населения, недорогостоящая и точная – и тогда дело спасения жизней встанет на широкую ногу. Движение к этой цели потребует немало усилий научного сообщества.



## 1.23 О СИМПТОМАХ РАКА /23/, /27/

Рак часто проявляет себя в неприметных деталях. У некоторых первым симптомом становится необычно высокая утомляемость. У других – кашель, вздутие живота или затрудненное дыхание даже в покое. Иногда признаки более очевидные и тревожные, например обнаружение у себя очага уплотнения в груди, кровь в моче, пятно на коже, которое увеличивается и темнеет. Или головная боль, которая не проходит. Правда, любой из этих симптомов может быть и при другом, совсем не опасном заболевании /23/.

/ Состояние мочи, ее цвет – это зеркало работы внутренних органов, а снижение ее прозрачности = недостаточно чистой воды в организме... Не помогло? Разберитесь, в чем причина! /

К факторам риска тромбозов относятся ожирение и беременность.

Но наличие онкологии – классический пример повышенной склонности к тромбозам. Впервые такую взаимосвязь описал один французский врач – Труссо, сам больной раком поджелудочной железы и наблюдавший за развитием тромбоза на себе /27/.

Склонность к тромбообразованию должна насторожить в отношении наличия возможной онкологии.

«Вспоминаю такой случай. Жена одного моего доктора – 30-летняя женщина – перенесла тромбоз, нарушение мозгового кровообращения. Мы никак не могли определить причину, ведь она никогда не курила, не принимала гормоны, имела нормальные анализы. А потом – повторно тромбоз. Тогда я сказал – ищите рак, потому что повторный тромбоз просто так не появляется. Начали искать, оказалось – скрытая опухоль...»

Также надо обращать внимание на хронический кашель. Обычно хроническим кашлем называют состояние, когда человек кашляет недели, а то и месяцы, при этом рентген нормальный и хрипов в лёгких нет... Какие обычно бывают причины? Давайте бросим на них быстрый взгляд.

Ну, во-первых, хронический бронхит, с ним все понятно – вяло текущий воспалительный процесс. Часто это результат курения.

Вообще меня всегда поражает недоверие и слабоволие курильщика. Врач говорит ему, что надо бросать курить, что это сокращает жизнь, что это опасно, опасно, опасно. Но он/она продолжают курить, словно не могут без этого жить. Потом у человека случается инфаркт или развивается рак легкого, он лежит на больничной койке (если сразу не угодил в морг) и тут уже бросает курить. Чего, спрашивается, ждал?!/27/.

Другой лёгочной причиной хронического кашля может быть астма. И у детей, и у взрослых астма иногда может вообще ничем другим и не проявляться, кроме изолированного кашля.

Но часто причина хронического кашля лежит вне лёгких. Например, это синусит – воспаление придаточных пазух носа. У больного по задней стенке глотки стекает воспалительное отделяемое. Очень часто человек этого не чувствует, но при этом раздражаются определенные рецепторы, и он все время подкашливает.

«Мои пациенты часто очень удивляются, когда им назначают „желудочные“ таблетки от хронического кашля. Приходится объяснять, что причиной кашля бывает повышенная кислотность, причем человек может ее не чувствовать. В 40% случаев так называемого рефлюкса, когда из желудка в пищевод и выше забрасы-

вается кислое содержимое, люди не чувствуют ничего: ни изжоги, которая, казалось бы, должна быть, ни отрыжки. В пищеводе и выше него есть кашлевые рецепторы, раздражение которых и вызывает кашель. Типична ситуация, если кашель беспокоит ночью, когда человек ложится горизонтально. В этом случае причина однозначно в желудке. Тогда эмпирическое лечение антисекреторными препаратами типа „Омеза“ („Омепразола“) может надежно излечить не только желудок, но и кашель». /27/.

Хронический кашель бывает побочным эффектом принимаемых лекарств. Среди нас много гипертоников. А одни из самых распространенных гипотензивных лекарств – это известные нам эналаприл, «Энап», «Ренитек», коренитек, «Дюратон» и многие другие. Гипертоники знакомы с этим списком. Все таблетки могут вызывать хронический кашель.

Но все-таки часто хронически кашляющие люди идут к врачу, именно испугавшись рака лёгкого. Да, возможна и такая причина хронического кашля, но, к счастью, он подтверждается только в 2% случаев.

Тем не менее, настороженность необходима! Кашляющим курильщикам надо посматривать, не появляется ли при кашле мокрота с кровью, имеют ли место другие изменения самочувствия? Если человек бросил курить, а кашель продолжается дольше месяца, если изменился характер кашля, то надо сделать компьютерную томографию лёгких. Рентген может ничего не показать, а в таких симптомах надо разбираться серьезно /27/.

#### 1.24. О ЗАПАДНЫХ ПРАКТИКАХ /27/:

Паранеопластические синдромы. Что это? Ну, давайте на примерах. Живет человек, и вдруг у него на теле начинает расти белесый нежный, но отчетливо длинный «пушок». Или в кожной складке кожа чернеет и грубеет. Опытный врач насторожится – за подобными, с виду невинными симптомами может гнить онкология. Опухоль может до поры ничем себя не проявлять, но при этом вырабатывать различные биологические вещества и гормоны. А уже их действие вызывает симптоматику, с самой опухолью никак на первый взгляд не связанную.

Например, опухоль легкого может вырабатывать гормон, подобный гормону паращитовидной железы. И результате у пациента может повыситься кальций в крови – паращитовидная железа отвечает как раз за обмен кальция. Повышение кальция в крови вообще настораживающий симптом. Это далеко не всегда онкология, то есть, наоборот, – среди причин онкология стоит далеко позади патологии паращитовидной железы, но настороженность у врача должна быть. Почему у врача, а не у пациента, который рассматривает свои анализы? Ну, просто врач должен знать, что кроме опухоли лёгкого, повышение кальция характерно для рака почек, молочной железы, миелоидной болезни. Показатели кальция в крови тесно взаимосвязаны с показателями альбумина и поэтому должна вводиться определенная коррекция или сразу проводиться более дорогой и сложный анализ на определение «свободного» кальция.

Умный врач проведет несколько целенаправленных анализов, утвердится в своих подозрениях и вовремя обнаружит рак, чем спасет человеку жизнь! Потому что паранеопластический синдром может быть самым первым проявлением опухоли.

Любые кожные изменения мы сразу замечаем. И это понятно – тут все на поверхности! И иногда некоторые кожные изменения могут указывать на притаившуюся опухоль. Вот несколько примеров.

Например, ладони. Кожа на них утолщается, кажется как бы вельветовой, линии становятся глубокими и рельефными. Еще пример, упомянутые выше изменения кожи в складках – в подмышках, под грудью, в складках шеи. Кожа утолщается, как бы грубеет и чернеет...

Другие варианты – высыпания болезненных воспалительных пузырьков, красные, шелушащиеся, похожие на псориаз высыпания, себорейный дерматит... Можно продолжать очень долго, таких состояний – десятки! И все было бы просто, если бы эти изменения всегда указывали на опухоль: выявляй и лечи!

На самом деле в подавляющем большинстве случаев их причина совсем в другом, и паранеопластическими являются единицы. Вот, например, такой симптом, как общий зуд. Если он начинает мучить человека без видимой желтухи (там понятно, что и отчего), то причины, скорее всего, в недостатке железа, в проблемах со щитовидной железой, почками или печенью. Но это может быть и проявлением лимфомы или опухоли желудка. Или «акантоз» – эти самые черные, огрубевшие участки кожи в складках. Как правило, к этому существует генетическая предрасположенность. Так же бывает при диабете, ожирении, при применении некоторых лекарств (гормональных препаратов, противозачаточных, никотиновой кислоты). Но бывает и при раке печени, легких, поджелудочной железы, груди, мочевого пузыря... Искусство врача – пройти по правильному диагностическому алгоритму и рассмотреть все варианты, чтобы не ошибиться. Помните, как Микеланджело Буонарроти ответил на вопрос: «Как вы делаете свои гениальные скульптуры?» «Беру мрамор и просто отсекаю всё лишнее!» Отсекать лишнее – в этом вся суть диагностики!

Коротко поговорим о некоторых других терминах. Например, в онкологии операции бывают радикальные и паллиативные.

Радикальные – когда опухоль и региональные лимфоузлы удаляются полностью, и формально опухоли у больного больше нет. Да, остаются генетические мутации, к развитию опухоли приведшие. Но не всегда удается избавиться от факторов риска, хотя сама опухоль убрана. Другое дело, что убрано то, что мы видим глазом, пусть даже часто вооруженным микроскопом (прямо в операционной определяют границы здоровых тканей). Микроскопические частицы могут оставаться и в дальнейшем давать рост, поэтому, как правило, за операцией следует радиация и химиотерапия. Вот пример онкологии щитовидной железы. Убираем железу полностью, вроде бы все: нет железы – нет проблем. А нет! В 10% случаев частички ткани щитовидной железы могут находиться и вне обычной локализации: например, в брюшной полости или в районе яичников. Поэтому кроме операции необходимо еще и лечение радиоактивным йодом, чтобы выжечь все потенциальные источники рецидивов. При гормонально зависимых опухолях (например, рак молочных желез) определяется наличие тех или иных гормональных рецепторов и по результатам даются те или иные гормональные или антигормональные препараты.

Паллиативное лечение обозначает вмешательство, направленное на полное излечение и удаление опухоли. Оно представляет собой вспомогательные меры, помогающие больному избежать неприятных симптомов. Примером может служить постановка специальной трубки (стента), обеспечивающая прохождение пищи при суженном неоперабельной опухолью пищеводе или желчи при раке поджелудочной железы или желчного пузыря.

**Существует 2 вида оперативного лечения злокачественных новообразований: радикальный, когда опухоль удаляют полностью, и паллиативный, направленный на улучшение самочувствия.**

**Химиотерапия. За последние 40 лет онкология достигла колоссальных успехов. Процент выживания при многих опухолях повысился многократно! И все это в основном благодаря невероятному развитию химиотерапии. Ведь оперативная техника в общем – то ограничена. Ну, удалят, например, почку. Ну, что 40 лет назад ее удаляли, что сейчас! Хирурги, ответьте: произошли ли какие-то значительные изменения в технике этой операции? А вот химиотерапия сегодня стала совсем другая. Появились новые классы препаратов, новые схемы лечения. Можно сказать, что сегодняшняя онкология – это наука о современной химиотерапии. Но что осталось неизменным, так это тяжелые её побочные явления, резко ухудшающие качество жизни. Химиотерапию проводят и до операции, и после, ее могут дать однократно, могут назначить курсами по несколько недель кряду! И часто это сопровождается тяжелой тошнотой и рвотой, выпадением волос, выраженными изменениями со стороны крови и так далее, и так далее... Некоторые химиотерапевтические комбинации вызывают побочные явления почти наверняка, другие – значительно реже. Но при назначении ориентируются не на процент возможных побочных явлений, а на соответствие тех или иных схем тем или иным клиническим ситуациям. Конечно, перед назначением в каждом случае рассматривается целесообразность химиотерапии. Эта целесообразность основывается на исследованиях, показывающих, насколько химиотерапия влияет на продолжительность жизни. Например, при раке молочной железы химиотерапия женщинам в постменопаузальном возрасте может проводиться, а может и нет. Зависит от наличия определенных рецепторов и размеров опухоли. Таких примеров много. И если известно, что в данной конкретной ситуации курсы химиотерапии увеличивают продолжительность жизни всего в 20% случаев, а серьезные побочные явления вызывают наверняка, тут есть о чем подумать, правда?!/27/.**

## 1.25. МАРГАРЕТ КУОМО О ХИМИОТЕРАПИИ /23/

Существуют различные типы химиотерапевтических препаратов. Но все они основаны на принципе уничтожения быстро делящихся клеток /23/.

Химиотерапия проводится посредством внутривенного введения препаратов или комбинации внутривенного капельного введения и приема таблетированных форм. Все зависит от вида лекарственного средства и от природы раковой опухоли. Прием может быть ежедневным, через понижения способности раковых клеток к выработке устойчивости, онкологи могут назначить прием нескольких лекарств одновременно, или использовать последовательно различные типы лечения. Если рак рецидивировал после лечения – другими словами, если терапия «первой линии» перестает быть эффективной, – в запасе всегда есть другие методы. Когда терапия раз в день, раз в неделю или даже раз в 4—6 недель. Для повышения эффективности химиотерапии и третьей линии оказывается безуспешной, все равно может найтись еще что-то новое, но навряд ли это новое будет действовать более эффективно.

Токсическое воздействие химиотерапии распространяется не только на злокачественные клетки. Каждый препарат имеет свой набор тяжелых, иногда очень странных, побочных эффектов. Некоторые из таких эффектов возникают во время лечения и в ближайший период после окончания лечения. Бывает, что побочные эффекты происходят через 5 и более лет. Наиболее частые – это усталость, потеря аппетита, тошнота, диарея или запоры, выпадение волос. Химиотерапия может вызвать нейропатию (повреждение нервных стволов), ведущую к болям и чувству онемения в кистях и стопах. Другие жалобы включают приступы острых болей, чувство покалывания, словно от иголок, жжение, сухость и воспаления в полости рта, сыпь, которая вызывает непереносимый зуд, мышечные боли. У молодых женщин химиотерапия может ускорить начало менопаузы, сопровождаясь приливами и перепадами настроения.

Всегда имеется высокий риск присоединения инфекции, потому что химиотерапия снижает количество белых кровяных телец – состояние, известное под названием агранулоцитоз. В результате может развиваться сепсис, потенциально смертельное заражение крови. Лекарства также снижают количество красных кровяных телец, что ведет к одышке и анемии. Снижение количества тромбоцитов ухудшает свертываемость крови и вызывает длительные кровотечения.

У некоторых пациентов развивается состояние, которое уже окрестили как «химиомозг». Это спутанное сознание, которое включает в себя забывчивость, затруднение концентрации внимания, замедленные психические реакции. Ранее считалось, что это временные симптомы, но ряд исследований показал, что когнитивные нарушения сохраняются и через 5 лет после химиотерапии. Особенно тревожным оказались данные исследования, опубликованные в *Journal of Clinical Oncology*, в котором сообщается, что эти эффекты могут длиться дольше 5 лет. Исследователи провели серию тестов у женщин, которые лечились в режиме трех химиопрепаратов 20 лет назад и выявили заметное отставание их психической деятельности от контрольной группы.

В отдаленном периоде после лечения могут развиваться и другие побочные эффекты. Они зависят от вида раковой опухоли и типа назначаемых химиопрепаратов. Чем выше доза назначаемых лекарств, чем дольше период их приема, тем выше риск развития осложнений. Согласно данным Американского общества клинической онкологии, осложнения в отдаленном периоде могут возникать в любом органе

и поражать любые системы организма, включая сердце, легкие, головной мозг, спинной мозг, кости, суставы, эндокринную и пищеварительную системы. Поражаются даже зубы и глаза.

Например, когда при лечении лейкозов у детей использовался химиопрепарат доксорубин («Адриамицин»), по достижении взрослого возраста у пациентов отмечалась сердечная недостаточность. При лечении доксорубином рака мочевого пузыря, молочной железы, рака легкого, желудка или рака яичника у взрослых также наблюдались нарушения деятельности сердечной мышцы после лечения.

У 5% больных, получавших относительно невысокую кумулятивную дозу (400 мг/м<sup>2</sup>) доксорубина наблюдалась сердечная недостаточность застойного типа, и если доза росла, возрастал и риск побочных эффектов. У четверти всех пациентов, принимавших доксорубин в дозе 550 мг/м<sup>2</sup>, возникла сердечная недостаточность.

Фолфинокс, четырехкомпонентный химиотерапевтический препарат для лечения метастазов рака поджелудочной железы, может продлить жизнь человека на четыре месяца. Это не намного больше, чем дает другой, наиболее часто используемый монокомпонентный препарат гемцитабин. У фолфинокса грозные побочные эффекты, включая нейропатию, желудочно-кишечные расстройства, тяжелый агранулоцитоз, который, в свою очередь, повышает риск возникновения инфекционных осложнений, включая септические состояния. Это значительно снижает качество жизни выигранных четырех месяцев.

Вторичные раки – это опухоли другого типа, отличного от диагностированного вначале. И к возникновению таких заболеваний предрасполагает химиотерапия. Наиболее частый тип рака, возникшего после лечения химиопрепаратами, это лейкозы (лейкемии). Обычно у пациента развивается миелодиспластический синдром, т. е. поражается костный мозг, что в дальнейшем может привести к острому миелогенному лейкозу. Чаще всего лейкомию вызывают химиопрепараты класса алкилирующих агентов, таких как цисплатин и ингибиторы топоизомеразы I

Вторичные раки вызывают даже лекарства, используемые в лечении побочных эффектов химиотерапии. Например, некоторым пациентам для поднятия уровня белых кровяных телец, назначают инъекции фактора, стимулирующего колонию гранулоцитов (G-CSF), – вещества, которое содержится в крови здорового человека. Исследователи доказали, что этот препарат удваивает риск возникновения или миелодиспластического синдрома, или острого миелогенного лейкоза.

Когда дело доходит до химиотерапии, ни один пациент не остается невредимым, а положительный эффект от лечения не всегда продолжителен. Если раковые клетки вырабатывают стойкость к химиотерапии, как это часто и случается через какое-то время, они снова начинают делиться. Вопрос для пациента всегда ставится в следующем ключе: всегда ли выигрыш в продолжительности жизни перевешивает жестокость лечения.

Биологически направленная, или таргетная, терапия – одно из последних достижений химиотерапии. Ее принцип заключается в воздействии на специфические молекулы опухолевых клеток. Биологически направленная терапия появилась благодаря специальной федеральной программе «Вирус – рак», которая была запущена в 1964 году для выявления вирусов, сопутствующих раку. Когда исследования в этой области зашли в тупик, она была преобразована в программу по молекулярной биологии, потому что этот раздел биологии чрезвычайно важен для идентификации онкогенов и их супрессоров, а также обнаружения путей передачи сигналов на клеточном уровне. Программа содействовала развитию новых видов таргетной терапии

и помогала в продвижении технологий для упорядочивания сведений о геноме человека.

Как в режиме монотерапии, так и в комбинации с другими лекарствами, таргетная терапия борется с раковыми клетками различными путями. Иногда путем блокирования сигнала, который запускает процесс деления раковой клетки, иногда активируя иммунную систему для разрушения злокачественных клеток. Также используются механизмы, с помощью которых в раковые клетки направляются токсические вещества, которые запускают процесс апоптоза (запрограммированной смерти клетки).

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов уже одобрило часть методик таргетной терапии, многие другие сейчас проходят клинические испытания. Технологии воздействия на молекулярные цели дают надежду на более эффективное уничтожение раковых клеток без лишнего вреда для здоровых. Это многообещающее направление, но стоимость большинства таких лекарств непозволительно высока, они вызывают тяжелые побочные эффекты и на данный момент продлевают жизнь лишь на несколько недель или месяцев больше, чем стандартные схемы лечения.

Лекарства и вещества, используемые в таргетной терапии, нарушают процесс роста и деления раковых клеток и также индуцируют процессы, от которых эти клетки гибнут. К биологически направленной терапии относятся и моноклональные (происходящие из одной клетки) антитела, которые связываются с раковыми клетками и блокируют их. Беглый обзор четырех моноклональных антител поможет нам увидеть ограниченность этого метода.

Одно из самых известных – трастозумаб («Герцептин»), который, как считают, препятствует передаче сигнала, вызывающего рост раковой клетки. Объединенный с другими противораковыми лекарствами, он используется для лечения HER-2 позитивного рака молочной железы, а также метастазирующего рака желудка. Герцептин может провоцировать развитие септических осложнений, диареи, снижает количество белых кровяных телец, что вызывает лихорадку. Лекарство также повышает риск серьезных сердечно-легочных осложнений.

Бевакизумаб («Авастин») вызвал необычайные ожидания, когда появился на рынке лекарственных средств, но незначительный терапевтический эффект и вызывающие тревогу побочные эффекты охладили надежды. Лекарство может спровоцировать высокое артериальное давление, прободные язвы желудка и кишок, удушье, сердечные приступы и кровотечения, которые могут стать фатальными. Когда он используется совместно с другими противораковыми препаратами, то риск осложнений, приводящих к смерти, становится еще выше.

Имеется еще ипилимумаб («Йервой»), назначается для лечения метастазирующей меланомы. Его производителей обязали сопроводить препарат следующей аннотацией: «Вызывает серьезные побочные эффекты в различных органах, которые могут привести к смерти. Эти эффекты могут включать воспаление кишечника (колит), который может вызвать разрывы или перфорации в стенке кишки; воспаление печени (гепатит), что может привести к печеночной недостаточности, воспаление кожи, которое приводит к тяжелым кожным реакциям (токсический эпидермальный некролиз); воспаление нервов, следствием чего является парализация; воспаление гормонпродуцирующих желез (особенно гипофиза, надпочечников, щитовидной железы), что может нарушить функцию этих желез, и воспаление глаз».

Еще один препарат из этого ряда – иматиниб мезилат («Гливек»). Этот препарат блокирует продукцию патологических белков, которые играют роль в разви-

тии определенных видов рака. Его побочные эффекты варьируются от легко устранимых (диарея, расстройство пищеварения) до угрожающих жизни: одышка, отеки конечностей, учащение сердцебиения, аритмии, обморочные состояния, кашель с кровянистой мокротой, желтуха. Надо признать, что, в отличие от других препаратов моноклональных антител, иматиниб действительно трансформирует один из раков (хронический миелолейкоз) в заболевание, которое поддается успешному лечению. Но хронический миелолейкоз – это скорее исключение из правил, потому что эта болезнь, в отличие от остальных онкологических заболеваний, имеет в своей основе всего одну молекулярную патологию.

Тем не менее иматиниб можно считать успешным препаратом. Но подобных препаратов требуется гораздо больше.



## **1.26 МАРГАРЕТ КУОМО О ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ /23/**

**Сделаем обзор гормональной терапии, которая применяется в лечении гормонозависимых раков молочной железы, матки и предстательной железы. Принцип действия этой группы лекарств состоит в блокировании гормонов, которые стимулируют рост раковых клеток.**

## **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.