

ПРИЧИНИ ЗА КЪСНОТО ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА РАКА НА УСТНАТА КУХИНА И ЧЕЛЮСТНИТЕ КОСТИ

М. Стойкова

Катедра по социална медицина и здравен мениджмънт

Медицински университет Пловдив

Резюме. Проучени са литературни източници, засягащи диагностиката на рака на устната кухина и челюстните кости. Изводите, които могат да се направят, са: ракът на устната кухина и челюстните кости по мнението на повечето автори се диагностицира късно – в III и IV стадий; стадият, в който е открито заболяването, има отношение към преживяемостта; причините за късното откриване се дължат и на пациента, и на здравната система в една държава. Както населението, така и лекарите и денталните медици имат нужда от обучение за ранното откриване на този вид рак.

Ключови думи: *рак на устната кухина, рак на челюстните кости, ранна диагностика, късна диагностика*

M. Stoikova. DIAGNOSIS OF ORAL CAVITY AND JAW CANCER

Summary. This study presents a review of the literature on the diagnosis of oral cavity and jaw cancer. On the basis of the accumulated evidence it is concluded that: most authors share the opinion that oral cavity and jaw cancer is diagnosed in the late III or IV stages; stage of disease is related to prognosis and disease survival; late diagnosis is associated with both patients' and health care factors. Practicing physicians, dentists and patients need training to facilitate early diagnosis.

Key words: *oral cavity cancer, jaw cancer, early diagnosis, late diagnosis*

Късната диагностика на рака въобще и в частност на рака на устната кухина и челюстните кости е проблем, който води до затруднено, а понякога и до невъзможно лечение на заболяването, до оскъпяване на лечението, до загуба на човешки ресурси. Причините за късната диагностика винаги са били обект на изучаване с цел тяхното намаляване и евентуално отстраняване.

Много проучвания показват, че диагностицирането често става дълго време след появата на първите симптоми на рака [10], което повлиява преживяемостта. Причините за късната диагностика могат да бъдат както по вина на пациента (поради небрежност, незнание, страх и нежелание да се диагностицира заболяването), така и по вина на здравната система.

В Русия са направени проучвания за разкриване на тези причини и е установено, че над 75% от пациентите се обръщат за медицинска помощ в III и IV стадий на заболяването. Според авторите причините за закъснение на диагностиката включват: неадекватно диагностично мислене на лекари; немарливо отношение на пациенти към здравното им състояние; ниско качество на лекарските прегледи и ограничени диагностични възможности [2, 4, 6, 7, 9].

При проведено подобно проучване в Копенхагенска област на 494 тумора на слюнчените жлези, лекувани от 1986 до 1995 г., се установява, че 50 са малигнени. Само 12% от туморите са в I стадий, 46% са във II, 28% в III, и 14% в IV стадий. Заболяване, открито в I стадий, е свързано с по-добра преживяемост в сравнение със заболяване във II, III и IV стадий, което още веднъж потвърждава предимствата на ранното диагностициране [12].

В САЩ проучват мнението на лекари с различни специалности и доказват, че общопрактикуващите лекари статистически значимо вярват по-силно в управлението на риска, ранното откриване, скрининга и лечението на рака в сравнение със специалистите терапевти и онколози [13, 18]. В друго подобно изследване британски общопрактикуващи лекари правят оценка на "закъснение по вина на здравната система", "пациентско закъснение" и "ретроспективно закъснение" при поява на рак. Целта на проучването е да се открият причините за късното консултиране с личния лекар. Доказва се, че 15 от 36 раково болни се консултират със своя лекар по-късно от една седмица след появата на първите симптоми и само няколко болни се обръщат за консултация своевременно [14].

R. Williams проучва всички регистрирани случаи с карцином на устата в популацията от половин милион души и установява, че късната диагноза в повечето случаи е неизбежна. Неоплазмените симптоми са незабележими през ранните стадии, няма връзка между продължителността на симптома и стадия на тумора при първото диагностициране. Няма доказателства за това, че късната диагноза се дължи на друга причина, а не на: “пациента”, “лекаря/стоматолога” или “болницата”. Изводът, който авторът прави, е, че само с по-ефективно лечение на първичната лезия може да се постигне подобряване на резултатите [21].

За да се обучат и мотивират пациентите да търсят своевременно помощ при съмнение за поява на неоплазма, Американското общество за борба с рака (American Cancer Society – ACS) публикува 7-те предупредителни сигнала за евентуалното ранно откриване на рака (първите букви на всеки от тях съставят думата caution – внимание), т.е. насочва се вниманието на лекаря и пациента (ако последният има информация за значението на тези сигнали-симптоми) [11]. Седемте предупредителни сигнала, публикувани от ACS (1983 г.), са:

1. **Change in bowel or bladder habits** (промяна в поведението на червата или пикочния мехур).
2. **A sore that does not heal** (язвичка, която не заздравява).
3. **Unusual bleeding or discharge** (необичайно кървене).
4. **Thickening or lump in the breast or elsewhere** (удебеляване или поява на бучка на бюста или някъде другаде).
5. **Indigestion or difficulty in swallowing** (разстройство или затруднение при гълтане).
6. **Obvious change in wart or mole** (очевидна промяна в брадавица или бенка).
7. **Nagging cough or hoarseness** (дразнеща кашлица или дрезгав глас).

Идеята за формиране на група сигнали за рак се заражда за първи път по време на Първата световна война в САЩ. След 15 години три важни сигнала са разпространени на 22 езика. През 1942 г. броят им нараства на 5, а през 1952 г. – на 7. Последна редакция на сигналите е направена от ACS през 1966 г. Описанието на симптомите-сигнали е наречено “предупредителни сигнали” и е публикувано през 1983 г. [10].

При анализ на резултатите от диагностицирането по локализации се стига до изводи, че ракът на езика се установява късно и е с лоша прогноза. При провеждане на програми за ранно откриване на рак са направени стъпки за идентифициране на високорисковите групи, което помага за подобряване на неблагоприятната прогноза и на изхода от това заболяване [15, 17]. Е. Komoroski пише за назофарингеалния карцином: “Туморът е лечим, но късната диагноза прави тази възможност малко вероятна” [16]. P. Vuong и сътр. описват първичен малигнен меланом при 62-ма мъже с късно диагностициран рак на слюнчените жлези. Според авторите прогнозата е лоша. Това се дължи както на късната диагностика, така и на присъщата агресивност на този вид тумор, което още веднъж доказва, че ранната диагностика е задължителна [20].

H. Trasti и S. Noel смятат, че в Норвегия интензифицирането на диагностичния опит и наличието на модерна система за здравно обслужване биха съдействали за ранно откриване на по-голям брой случаи с рак, което неминуемо ще подобри тяхната прогноза [19]. Съществуват и други проучвания, които потвърждават това мнение [8, 10].

В България проблемите с диагностиката са идентични. Според Е. Сарачев и М. Влайкова епидемиологията на злокачествените новообразувания не е напълно изяснена, което е причина за липса на точна и напълно адекватна профилактика и ранна диагностика [5].

При изследване на 156 болни с рак на назофаринкса М. Меламед и Н. Енчев съобщават, че 89,7% са диагностицираните в III и IV стадий. Установено е, че при 42,3% забавянето се дължи на самите болни; при 10,8% на участъковия лекар; при 23,9% на други специалисти (интернисти, стоматолози, хирурзи, невролози), и при 22,8% на оториноларинголози. Констатацията на авторите е, че в нашата страна “не се извършва ранна диагностика поради липса на онкологично мислене, недостатъчно изследване и нетърсене на компетентна онкологична помощ” [3]. В тази връзка К. Анастасов пише: “Неоправдано е вече да се допуска да бъдат наблюдавани болни със занемарени форми на тумори в устата и челюстите. Затова обаче е необходимо всички стоматолози да се запознаят с типичната характеристика на предтуморните и туморните образувания в тези органи” [1].

Изводи

Изводите, които могат да се направят по отношение на диагностиката на рака на устната кухина и челюстните кости, са:

1. Ракът на устната кухина и челюстните кости по мнение на повечето автори се диагностицира късно – в III и IV стадий.
2. Стадият, в който е открито заболяването, има отношение към преживяемостта.
3. Причините за късното откриване се дължат и на пациента, и на здравната система в една държава.
4. Както населението, така и лекарите и денталните медици имат нужда от обучение с цел ранното откриване на този вид рак.

Библиография

1. Анастасов, К. Тумори на устната кухина и челюстите. С., Мед. и физик., 1963.
2. Демидов, В. и др. Эффективность регионарной химиотерапии и лучевой терапии при различных морфологических формах злокачественных опухолей верхней челюстей и носоглотки. В: Опухоли головы и шеи. Ташкент, Мед., 1997, 78-81.
3. Меламед, М. и Н. Енчев. Ранна диагностика на назофарингеалните карциноми. *Онкология (С)*, 1993, № 30, 71-72.
4. Пачес, А. Опухоли головы и шеи. М., Медицина, 1971.
5. Сарачев, Е. и М. Влайкова. Лечение на злокачествените тумори на устната кухина. С., ИК-ВАП, 1999.
6. Фалилеев, Г. Внеорганные опухоли шеи (клиника, распознавание, лечение). Автореф. докт., дис., М., 1971.
7. Яковлевой, И. и др. Хирургическое лечение рака головы и шеи. Кишинев, Штиинца, 1981.
8. Alho, O. et al. Cancer of the mobile tongue in Finland – increasing incidence, but improved survival. *Acta Oncol.*, **38**, 1999, № 8, 102-104.
9. Aliev, B. M. et T. Chuprik-Malinovskaia Causes of late diagnosis of nasopharyngeal cancer. *Vestn. Otorinolaringol.*, 1990, № 5, 15-18.
10. Ame, K. H. Diagnosis of Cancer in General Practice. 1991, Tromso, Universitet I Tromso, 1992.
11. American Cancer Society. A Study of Motivational, Attitudinal and Environmental Deterrents to the Taking of Physical Examinations That Include Cancer Tests. New York, Lieberman Research Inc, 1966.
12. Charabi, S. et al. Treatment of malignant parotid tumours. Results from the county of Copenhagen. *Ugeskr. Laeger.*, **161**, 1999, № 45, 6191-6194.
13. Cummings, K. et al. Family physicians' beliefs about cancer screening tests. *Prog. Clin. Biol. Res.*, **130**, 1983, 361-368.
14. Jenkins, S. Diagnostic delay in neoplastic disease. *J. Royal Coll. Gen. Pract.*, 1978, № 28, 724-728.
15. Kerr, A. Lifesaving oral cancer screening., *NY State Dent. J.*, **66**, 2000, № 7, 26-30.
16. Komoroski, E. Nasopharyngeal carcinoma; early warning signs and symptoms. *Pediatr. Emerg. Care*, **10**, 1994, № 5, 284-286.
17. Reichard, K. et al. Squamous cell carcinoma of the tongue: experience with 86 consecutive cases. *J. Surg. Oncol.*, **54**, 1993, № 4, 239-242.
18. Robinson, E. et al. Delay in diagnosis of cancer. Possible effects on the stage of disease and survival. *Cancer*, **54**, 1984, № 7, 1454-1460.
19. Trasti, H. et S. Hoel. Prognosis of cancer. The improvement wich could not be shown. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.*, 1985, № 105, 451-453.
20. Young, P. et al. Primary malignant melanoma of the parotid gland: anatomico- clinical study. Apropos of a case and review of the medical literature. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.*, **103**, 1986, №1, 45-55.
21. Williams, R. G. The early diagnosis of carcinoma of the mouth. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* **63**, 1981, № 6, 423-425.

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р Мария Стойкова Братойчева
Катедра по социална медицина и здравен мениджмънт
Медицински университет
бул. "Васил Априлов" 15-А
4000 Пловдив
☎ 032 602 221
GSM: 0888 49 49 21
e-mail: brami@abv.bg