

Мультидисциплинарное обсуждение в онкологии

Калинин А. Е.¹, Гущин В. В.²

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина»

Министерства здравоохранения Российской Федерации 115478, Москва, Каширское ш., 24.

² Institute for Cancer Care at Mercy, Балтимор, США.

Аннотация

Для лечения сложных пациентов в условиях постоянно обновляющихся медицинских знаний был предложен важный организационный инструмент – Мультидисциплинарное обсуждение (МДО). МДО может улучшать качество диагностики, лечения пациентов, а также предоставить дополнительную возможность для профессионального сотрудничества в медицинском коллективе. За последние несколько лет МДО пациентов стали стандартной практикой в онкологии и основой для принятия клинических решений. Обсуждения проводятся при участии онкологов всех специальностей, и планирование лечения по возможности основывается на принципах доказательной медицины. В статье мы обсуждаем аргументы за и против, цели, варианты и общие правила эффективного МДО.

Ключевые слова: мультидисциплинарное обсуждение; онкологическая помощь; консилиум.

Для цитирования: Калинин А. Е., Гущин В. В. Мультидисциплинарное обсуждение в онкологии // Здоровье мегаполиса. 2020; т. 1, № 1:108-111. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i1;108-111>

© Автор(ы) сохраняют за собой авторские права на эту статью.

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons «Attribution-ShareAlike» («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

Multidisciplinary team discussion in onkology

Kalinin A. E.¹, Gushchin V. V.²

¹ N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 23, Kashirskoe highway, 115478, Moscow.

² Institute for Cancer Care at Mercy, Baltimore, USA.

Abstract

The multidisciplinary team (MDT) conference has evolved as an essential instrument in the optimal management of a complex patient in the era of ever-changing medical knowledge. MDT discussions may improve the quality of diagnosis and treatment as well as provide an additional formal opportunity for collaboration among colleagues. MDT conference has become the standard of care and decision making tool in oncology. Such meetings include medical staff from all oncology-related services, and the decision is encouraged to be supported by the principles of evidence-based medicine. This paper provides an overview of the goals, pitfalls, and general recommendations for holding a productive MDT discussion.

Keywords: cancer; multidisciplinary team meeting; patient assessment.

For citation: Kalinin A. E., Gushchin V. V. Multidisciplinary Team Discussion in Oncology // City HealthCare Journal. 2020; v. 1, No. 1:108-111. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i1;108-111>.

© Author(s) retain the copyright of this article.

© This article is published under the terms of the Creative Commons «Attribution-ShareAlike» 4.0 International.

Метод мультидисциплинарного обсуждения (МДО) предложен в качестве оптимального для определения плана лечения онкологических пациентов, который нередко включает участие врачей многих специальностей [1]. Публикуемые исследования используют термины «мультидисциплинарное обсуждение», «мультидисциплинарный консилиум», «центр компетенции». МДО подразумевает альянс всех медицинских специалистов, связанных с конкретным заболеванием, чей подход к лечению заболевания руководствуется принципами доказательной медицины. Эти специалисты готовы принимать обоснованные клинические решения и следовать этим решениям, координировать оказание помощи на всех этапах процесса и принимать во внимание мнение пациентов в планировании лечения [2]. Исторически МДО стали возникать в ведущих онкологических центрах без доказательной базы. Однако в настоящее время более 200 исследований предполагают, что такой вид коллегиального принятия решений может улучшить результаты лечения, способствуя сотрудничеству и общению между медицинскими работниками [3].

Для планирования правил проведения МДО необходимо определить цель этого собрания. Очевидными целями являются формирование диагноза и определение дальнейшего плана лечения. При некоторых нозологиях, например при саркомах мягких тканей или раке прямой кишки, представление всех пациентов с такими диагнозами необходимо, чтобы выполнить условия аккредитации центра компетенции. Этим достигается следование клиническим рекомендациям и минимизируется потеря информации между специалистами, например от рентгенолога или морфолога к хирургу. Обучение студентов и ординаторов, формулирование клинически значимых научных вопросов – важные цели МДО в научно-исследовательских учреждениях. Как правило, МДО не используется в качестве «коллективного решения» для защиты от судебных исков в случае неблагоприятного исхода лечения пациентов. Мультидисциплинарные конференции могут также использоваться для продвижения узких целей отдельных специалистов или групп специалистов в ущерб лечению пациентов и научной работе. Поэтому внимание должно уделяться правилам самого обсуждения.

Консорциум NCCN предлагает следующие общие правила проведения МДО:

- предварительное (до МДО) информирование специалистов с данными о пациенте;
- предварительная рассылка с данными о больном: ECOG-статус, данные обследования, планируемое лечение и задаваемый вопрос, который необходимо решить по окончании дискуссии;
- присутствие модератора или координатора и врачей, принимающих участие в обследовании и лечении пациента. Модератор не выступает в качестве верховного судьи, к кому обращаются участники дискуссии. Модератор обеспечивает диалог между всеми специалистами, дает слово участникам, стоящим на низших ступенях иерархической лестницы, компенсирует дисбаланс сил между врачами разных специальностей, гарантирует безопасность высказываний личного мнения в рамках дискуссии;
- присутствие разных специалистов: хирургов, химиотерапевтов, радиологов, рентгенологов, морфологов, гастроэнтерологов, медицинских генетиков, диетологов специалистов по реабилитации [4];
- долгосрочная стратегия лечения может быть определена после полноценного обследования, однако предпочтительнее проводить МДО перед каждым этапом лечения [4];
- представление самих данных обследований: снимков, патологических слайдов – эффективнее, чем зачитывание информации и принятие решения на основе информации, воспринятой на слух [4];
- свобода выражения мыслей каждого участника МДО;
- обсуждение на основе принципа доказательной медицины;
- документация рекомендаций МДО в медицинской карте больного [4];
- регулярное проведение МДО (к примеру, 1 раз в неделю или 2 недели) [4];
- определение временного регламента МДО 1–2 часа;
- решение по результатам МДО носит рекомендательный характер, окончательное решение принимает группа врачей, которые занимаются лечением пациента [4];
- повторное представление случая и результатов лечения приветствуется с целью обучения [4];

- периодический обзор новых публикаций при МДО [4].

Многие авторы обсервационных исследований по МДО отмечают возможные преимущества этого метода принятия решений. Кроме очевидных – повышения компетентности специалистов и безопасности пациента [5], – пациенты, которых обсуждают на консилиумах, чаще включаются в многоцентровые клинические исследования [6]. Улучшается коллаборация между специалистами, что выражается в появлении протоколов обследования, унифицированного представления информации (рентгенологические и патологические абстракты) [5]. Регулярные презентации пациентов и обзор литературы в обосновании решений – современный и эффективный метод обучения молодых специалистов. Кроме того, грамотное представление пациента и изложение своих мыслей дает представление о многих сторонах профессионализма участников обсуждения. Таким образом, грамотно построенное МДО может служить как инструментом улучшения качества лечения и безопасности в медицинском учреждении, так и платформой для профессионального роста врачей.

Проведение МДО может приводить к изменению диагноза больного за счет уточнения стадии, данных морфологического, рентгенологического заключений. По данным систематического обзора 8 исследований, Prades с соавт. [3] отмечает улучшение качества диагностики пациентов с опухолями головы и шеи, урогенитальной системы, поджелудочной железы, молочной железы, с колоректальным раком и меланомой. Pillay с соавт. [7] после анализа 15 публикаций пишет об изменении в описании и более точном стадировании от 4 до 35 %. Basta с соавт. в исследовании с группой контроля (без проведения МДО) сообщает об изменениях диагноза в 18,4–26,9 % [8]. Влияние МДО на качество жизни больных описано в 2 систематических обзорах. Исследование Coory с соавт. не показало различий в качестве жизни пациентов после внедрения МДО [9]. Prades с соавт. в своем исследовании, однако, указывают на улучшение качества жизни больных и повышение удовлетворения клиницистов от своей работы после внедрения центров компетенции [3]. На сегодняшний день остается неясным, насколько мультидисциплинарные обсуждения приводят к улучшению качества жизни пациентов, этот вопрос требует дальнейших исследований.

Одним из критериев эффективности проведения МДО может служить частота изменения плана лечения у пациентов. По данным систематического об-

зора Basta с соавт, лечение было изменено в 23–41,7 % случаях, автор также указывает на большую приверженность к международным рекомендациям [8]. Prades с соавт. показали, что анализ рентгенологических снимков и морфологических результатов перед операцией в проспективных исследованиях позволил изменить стратегию лечения у 19–34,5 % пациентов с опухолями мочевого пузыря и почек [3]. Для внедрения такой метрики, однако, необходимо представлять пациентов, заранее предусматривая возможность уточнения диагноза или плана лечения. Участие в обсуждении, где ничего не решается и пациентов представляют лишь формально, может вести к дискредитации института МДО, к потерям и искажениям информации о пациентах и, как следствие, к принятию систематически неоптимальных рекомендаций.

Сложности в формировании рекомендаций, достижении консенсуса по каждому больному встречаются в 6–52 % случаев [10]. Учитывая высокую занятость специалистов, это является серьезной проблемой. Причиной, как правило, является неполноценное обследование, в том числе морфологическое исследование, отсутствие на МДО компетентных специалистов, которые осматривали пациента, отсутствие специалистов ряда специальностей (хирургов, химиотерапевтов, рентгенологов и т.д.) и сложные случаи заболевания [5]. Недостаточная командная работа, неудачное лидерство, несогласие и ограниченное время тоже являются барьерами в проведении эффективного обсуждения [11, 12].

Возможность систематических искажений при принятии решений, характерных для групп профессионалов, выходит за пределы данного обзора, однако обсуждение МДО было бы неполным без упоминания самых частых подобных ошибок [13]. Групповое мышление (groupthink) описывает тенденцию к раннему и безальтернативному принятию решений среди профессионалов, которые не решаются высказать свое мнение в пользу социального конформизма. Этот процесс происходит бессознательно, и ему способствует ощущение каждого участника обсуждения, что он или она находится в кругу единомышленников. Ошибка «поляризация групп» приводит к тому, что группы специалистов сойдутся на рекомендации опасной и/или малоэффективной терапии, тогда как по отдельности они будут сомневаться в целесообразности такого лечения. «Иррациональное усиление» наблюдается при обсуждениях пациентов с неблагоприятным течением заболевания, когда участники обсуждения соревнуются в предложении все более агрессивных методов ле-

чения, упуская из виду реальную картину болезни. Правильно построенный процесс обсуждения может предотвратить последствия систематических ошибок, свойственных группам специалистов [14, 15].

Вывод

Тщательно организованное мультидисциплинарное обсуждение онкологических пациентов может привести к улучшению качества диагностики и результатов лечения пациентов, к повышению безопасности лечебного учреждения для пациентов и служить инструментом профессионального роста врачей.

Список литературы

1. Walsh, J. et al. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* 10, (2010).
2. Borrás, J. M. et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur. J. Cancer* 50, 475–480 (2014).
3. Prades, J., Remue, E., van Hoof, E. & Borrás, J. M. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy* 119, 464–474 (2015).
4. Ajani, J. A. et al. Continue NCCN Guidelines Panel Disclosures NCCN Guidelines Version 2.2020 Gastric Cancer. (2020).
5. Rosell, L., Alexandersson, N., Hagberg, O. & Nilbert, M. Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: A survey in Swedish cancer care. *BMC Health Serv. Res.* 18, 1–10 (2018).
6. Fallowfield, L., Langridge, C. & Jenkins, V. Communication skills training for breast cancer teams talking about trials. *Breast* 23, 193–197 (2014).
7. Pillay, B. et al. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat. Rev.* 42, 56–72 (2016).
8. Basta, Y. L., Bolle, S., Fockens, P. & Tytgat, K. M. A. J. The Value of Multidisciplinary Team Meetings for Patients with Gastrointestinal Malignancies: A Systematic Review. *Ann. Surg. Oncol.* 24, 2669–2678 (2017).
9. Coory, M., Gkolia, P., Yang, I. A., Bowman, R. V. & Fong, K. M. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 60, 14–21 (2008).
10. El Saghir, N. S. et al. Global Practice and Efficiency of Multidisciplinary Tumor Boards: Results of an American Society of Clinical Oncology International Survey. *J. Glob. Oncol.* 1, 57–64 (2015).
11. Lamb, B. W. et al. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: A systematic review. *Annals of Surgical Oncology* 18, 2116–2125 (2011).
12. Lamb, B. W. et al. Teamwork and team decision-making at multidisciplinary cancer conferences: Barriers, facilitators, and opportunities for improvement. *World J. Surg.* 35, 1970–1976 (2011).
13. Mannion R., Thompson C. Systematic biases in group decision-making: implications for patient safety *Intern J Quality in Health Care*, 2014, Vol. 26, Iss. 6, p. 606–612
14. Croskerry P. Cognitive forcing strategies in clinical decision making, *Ann Emerg Med*, 2003, vol. 41 (pg. 110–22)
15. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias, *Acad Emerg Med*, 2002, vol. 9 (pg. 1184–204)

Информация об авторах

Калинин Алексей Евгеньевич, к. м. н., старший научный сотрудник онкологического отделения хирургических методов лечения № 6 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0001-7457-3889>

Гущин Вадим Викторович, Mercy Medical Center, The Institute for Cancer Care at Mercy, Балтимор, США, <https://orcid.org/0000-0002-6151-5660>

Information about authors

Alexey E. Kalinin, PhD, Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of Russia, <https://orcid.org/0000-0001-7457-3889>.

Vadim V. Guschin, Mercy Medical Center, The Institute for Cancer Care at Mercy, Baltimore, USA, <https://orcid.org/0000-0002-6151-5660>

Для корреспонденции:

Калинин Алексей Евгеньевич

тел.: 8 (499) 324-24-24

e-mail: main2001@inbox.ru

Correspondence to:

Alexey V. Kalinin

tel.: 8 (499) 324-24-24

e-mail: main2001@inbox.ru