

*Ленинградский  
областной клинический  
онкологический диспансер  
(Санкт-Петербург, Россия)*

# ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ: МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ГОЛОВЫ И ШЕИ – С ЧЕГО НАЧАТЬ?

А.В. Карпенко

## THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR ADVANCED HEAD AND NECK CANCER. THE CHOICE OF THE INITIAL TREATMENT

*А.В. Карпенко*

*Кандидат медицинских наук,  
заведующий отделением ООХМЛ №3 (опухолей головы и шеи),  
Ленинградский областной клинический онкологический диспансер,  
191014, Санкт-Петербург, Литейный проспект, 37-39.  
E-mail: andrei\_karpenko@mail.ru.*

*A.V. Karpenko*

*Candidate of Medicine,  
Head of the Head and Neck Cancer Department,  
Leningrad Regional Oncologic Dispensary,  
191014, Saint Petersburg, Liteiny av., 37-39.  
E-mail: andrei\_karpenko@mail.ru.*

Онкология головы и шеи является сложной мультидисциплинарной проблемой. Ядро врачебной команды формируется из хирурга, лучевого терапевта и химиотерапевта, которые вырабатывают тактику лечения для каждого пациента со злокачественными опухолями верхнего пищеварительного и дыхательного трактов. В данном обзоре рассматриваются принципы, преимущества и ограничения совместной работы представителей данных специальностей в рамках стандартной врачебной комиссии.

**Ключевые слова:** *опухоль головы и шеи, плоскоклеточный рак, мультидисциплинарный подход, врачебная комиссия.*

Head and neck oncology is a complex multidisciplinary problem. The core of the professional team consists of a surgeon, radiotherapy specialist and medical oncologists, who determine therapeutic approach for every patient with malignant tumors of upper aerodigestive tract. This review deals with the principles of collaboration of those specialists in the frames of the standard multi-speciality meeting with all its advantages and drawbacks.

**Keywords:** *head and neck oncology, squamous cell carcinoma, multidisciplinary approach, multidisciplinary team.*

Онкология головы и шеи, по сути, является мультидисциплинарной проблемой, поэтому вовлечение разных специалистов в механизм принятия решений на разных этапах лечения конкретного пациента является необходимостью, как с практической, так и с нормативной точки зрения. Концепция мультидисциплинарной команды была рождена в развитых странах, где заседания врачебных комиссий проводятся на регулярной основе в соответствии с местными условиями и требованиями, которые характеризуются значительным разнообразием от страны к стране [1]. Эти

отличия начинаются с самого состава комиссии, в состав которой могут включаться представители от 3 (Франция) до 15 специальностей (Великобритания). Существование 3 основных методов лечения рака органов головы и шеи – хирургии, лучевой терапии и лекарственного воздействия – обуславливает необходимость включения, как минимум, представителей этих специальностей, которые формируют ядро команды, определяющей тактику ведения пациента. Каждый из этих профессионалов на каком-то этапе лечения может играть лидирующую роль. Иногда они объединяют свои усилия, как, например, при проведении одномоментной химиолучевой терапии, иногда между ними существует отношения конкуренции. Примером может служить ситуация выбора между хирургическим и нехирургическим способом лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака ротоглотки. Первое преимущество организации врачебных мультидисциплинарных комиссий очевидно – пациент решает проблему выбора метода лечения за один раз вместо трех отдельных визитов к каждому из вышеперечисленных специалистов. Возможно, именно с этим связано одно из преимуществ организации мультидисциплинарных врачебных комиссий, а именно – сокращение срока от подтверждения диагноза до инициации лечения [2]. Еще одно часто цитируемое преимущество – более точное стадирование заболевания на основе более точной интерпретации данных компьютерной или магниторезонансной томографии. Так из 136 пациентов, обратившихся в специализированный онкологический центр, в 41% случаев произошло изменение интерпретации соответствующих исследований, что привело к изменению TNM стадии [3]. Невозможно оспаривать тот факт, что адекватная интерпретация КТ снимков возможна только при четком понимании клинической картины заболевания, симптомов, локализации опухоли и т.д. Соответственно, грамотный анализ может быть сделан только совместно двумя специалистами – клиницистом и профессионалом в области методов визуализации опухолевого процесса.

Законченность комбинированного или комплексного лечения, согласно некоторым работам, также выше в группе пациентов, проходивших лечение, назначенное в рамках мультидисциплинарной комиссии. Так в одном из таких сообщений доля пациентов, закончивших полный курс многокомпонентной противоопухолевой терапии, возросло с 60-70% до 90% после имплементации врачебной комиссии [4]. Возможно, это объясняется лучшим настроением пациентов, инициированным совместной консультацией специалистов, осуществляющих долгий многомесячный процесс многоэтапного лечения. Кроме того, это может быть связано с более четкой логистикой с формированием предварительного листа ожидания в более ранние сроки от момента начала того или другого варианта противоопухолевой терапии.

Самое интересное и иногда неоднозначное мероприятие в рамках мультидисциплинарной врачебной комиссии – это выбор метода лечения. Существующий объем научных знаний, современные клинические рекомендации, примером которых являются всем известные рекомендации NCCN [5], в одних случаях просто не оставляют места для поиска какой-либо значимой альтернативы. Например, при местно распространенном раке полости рта единственным стандартным методом лечения является операция на первом этапе с адьювантным лучевым лечением с или без химиотерапии. Существует достаточно большой объем работ, показывающих преимущества хирургического подхода к лечению рака полости рта [6, 7]. Преимущество хирургического подхода для лечения рака полости рта находит свое отражение и в данных национальных канцер-регистров многих стран [8, 9, 10], согласно информации которых, более 80% пациентов, страдающих от рака полости рта лечатся при помощи хирургического метода лечения. Анализ базы данных США, кроме того, еще содержит данные по 5-летней общей выживаемости, которые безусловно свидетельствуют о более высокой эффективности хирургического подхода к лечению рака ротовой полости: 55,8% против 19,2% при нехирургическом методе противоопухолевого лечения [10]. Таким образом, отказ от первичного хирургического лечения пациентов с этим заболеванием может быть обусловлен только какими-то непреодолимыми обстоятельствами.

Противоположной ситуацией являются локализации и стадии плоскоклеточного рака головы и шеи, для которых существует несколько вариантов лечения. Один из примеров – местно распространенный рак ротоглотки. Рекомендации NCCN приводят 3 варианта лечения. Несколько упрощая, их можно свести к двум: хирургическому с адьювантным лечением и лучевому в комбинации с химиотерапией [5]. На сегодняшний день убедительных научных доказательств преимуществ одного метода над другим не существует. В подобных ситуациях особую роль играют предпочтения самого пациента и опыт, традиции, материально-технические и профессиональные ресурсы конкретной клиники. Совокупность этих факторов, особенно последнего, обуславливает значительное расхождение в подходах к лечению этого заболевания в разных клиниках, т.е. план лечения, разработанный врачебной комиссией в одной специализированной клинике, с большой долей вероятности будет отличаться от такового, одобренного такой комиссией в другом учреждении. М. Brunner и соавт. приписывают врачебным комиссиям роль выработки оптимального плана лечения для конкретного пациента на основе того, что комиссия изменила предварительный докомиссионный вариант лечения в 30% случаев [11]. Учитывая вышесказанное, данный факт вполне может иметь

место при представлении пациентов на заседания мультидисциплинарных врачебных комиссий двух разных специализированных клиник.

Совокупность всех факторов (т.е. наличие стандартов лечения, иногда однозначных, и традиций данного конкретного учреждения) ведет к тому, что в большом количестве случаев заседание врачебной комиссии носит несколько формальный характер. Доказательством этого факта является, например, анализ времени, потраченного на дискуссии о методе лечения 105 пациентов в отделении опухолей головы и шеи Ливерпульского университета – 2 минуты в среднем, диапазон от 15 секунд до 8 минут [12]. Заботясь об экономии рабочего времени, авторы делают вывод, что обсуждение пациентов с ранним раком при их нормальном состоянии общего здоровья вряд ли имеет какое-то положительное значение и предлагают фокусировать внимание членов комиссии на случаях местно распространенных опухолей.

Еще дальше в своих выводах последовали доктора из Австралии, которые утверждают, что рутинный пациент вряд ли извлекает какую-либо пользу от обсуждения его случая на заседаниях врачебной комиссии при условии, что этим пациентом занимается доктор,

который является членом мультидисциплинарной команды [11].

Таким образом, роль врачебной комиссии с точки зрения выбора лучшего метода лечения для каждого пациента с опухолями головы и шеи в настоящее время не является абсолютной. В сложных случаях роль обсуждения разными специалистами на заседаниях комиссии может существенно возрастать. Нельзя недооценивать значение врачебной комиссии для медицинских профессионалов, медицинского учреждения в целом. Согласно всем нормативным актам назначение любого первичного противоопухолевого лечения и его возможное изменение должно осуществляться исключительно через заседания врачебной комиссии. Врачебная комиссия – это зона коллективной ответственности, которая разделяется каждым ее членом. Разделение этой ответственности с коллегами, которые занимаются этими же пациентами несколько с другой точки зрения, позволяет чувствовать себя более уверенно как с профессиональной, так и с моральной точки зрения. Поэтому врачебная комиссия необходима не только для пациента, но и для врачебного состава, занимающегося лечением весьма непростого заболевания.

## Список литературы

1. Licitra L., Keilholz U., Tabara M., Lin J.C., Chomette P., Ceruse P., Harrington K., Mesia R. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer// *Oral Oncol.* – 2016. – Vol. 59. – P. 73–79.
2. Patil R., Meinzen-Derr J., Hendricks B., Patil Y. Improving access and timeliness of care for veterans with head and neck squamous cell carcinoma: a multidisciplinary team's approach// *Laryngoscope.* – 2016. – Vol. 126. – P. 627–631.
3. Loevner L., Sonners A., Schulman B., Slawek K., Weber R., Rosenthal D., Moonis G., Chalian A. Reinterpretation of cross-sectional images in patients with head and neck cancer in the setting of a multidisciplinary cancer center// *Am. J. Neuroradiol.* – 2002. – Vol. 23. – P. 1622–1626.
4. Liao C., Kang C., Lee L., Hsueh C. et al. Association between multidisciplinary team care approach and survival rates in patients with oral cavity squamous cell carcinoma// *Head Neck.* – 2016. – Vol. 38. – P. E1544–E1553.
5. NCCN clinical practice guidelines in oncology// *Head and neck cancers.* Version 3. – 2019.
6. Gore S., Crombie A., Batstone M., Clark J. Concurrent chemoradiotherapy compares with surgery and adjuvant radiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma// *Head Neck.* – 2015. – Vol. 37. – P. 518–523.
7. Iyer N., Tan D., Tan V., Wang W. et al. Randomized trial comparing surgery and adjuvant radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy in patients with advanced, nonmetastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 10-year update and subset analysis// *Cancer.* – 2015. – Vol. 121. – P. 1599–1607.
8. Wolff K.D., Rau A., Ferencz J., Langer T., Kesting M., Nieberler M., Wesselmann S. Effect of an evidence-based guideline on the treatment of maxillofacial cancer: A prospective analysis// *J. Cranio-Maxillo-Facial Surg.* – 2017. – Vol. 45. – P. 427–431.
9. Van Monsjou H., Schaapveld M., Hamming-Vriese O., de Boere J.P., van den Brekel M.W.M., Balm A.J.M. Cause-specific excess mortality in patients treated for cancer of the oral cavity and oropharynx: A population-based study// *Oral Oncol.* – 2016. – Vol. 52. – P. 37–44.
10. Fujiwara R., Burtness B., Husain Z., Judson B., Bhatia A., Sasaki C., Yarbrough W., Mehra S. Treatment guidelines and patterns of care in oral cavity squamous cell carcinoma: Primary surgical resection vs. nonsurgical treatment// *Oral Oncol.* – 2017. – Vol. 53. – P. 129–137.
11. Brunner M., Gore S., Read R., Alexander A., Mehta A., Elliot M., Milross C., Boyer M., Clark J. Head and neck multidisciplinary team meetings: Effect on patient management// *Head Neck.* – 2015. – Vol. 37. – P. 1046–1050.
12. Mullan B.J., Brown J.S., Lowe D., Rogers S.N., Shaw R.J. Analysis of time taken to discuss new patients with head and neck cancer in multidisciplinary team meetings// *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2014. – Vol. 52. – P. 128–33.

## References

1. Licitra L., Keilholz U., Tabara M., Lin J.C., Chomette P., Ceruse P., Harrington K., Mesia R. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2016; 59: 73-79. doi: 10.1016/j.oraloncology.2016.06.002.
2. Patil R., Meinzen-Derr J., Hendricks B., Patil Y. Improving access and timeliness of care for veterans with head and neck squamous cell carcinoma: a multidisciplinary team's approach. *Laryngoscope.* 2016; 126: 627-631. doi: 10.1002/lary.25528.
3. Loevner L., Sonners A., Schulman B., Slawek K., Weber R., Rosenthal D., Moonis G., Chalian A. Reinterpretation of cross-sectional images in patients with head and neck cancer in the setting of a multidisciplinary cancer center. *Am. J. Neuroradiol.* 2002; 23: 1622-1626.
4. Liao C., Kang C., Lee L., Hsueh C. et al. Association between multidisciplinary team care approach and survival rates in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. *Head Neck.* 2016; 38: E1544-E1553. doi: 10.1002/hed.24276.
5. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Head and neck cancers. Version 3. 2019.
6. Gore S., Crombie A., Batstone M., Clark J. Concurrent chemoradiotherapy compares with surgery and adjuvant radiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma. *Head Neck.* 2015; 37: 518-523. doi: 10.1002/hed.23626.
7. Iyer N., Tan D., Tan V., Wang W. et al. Randomized trial comparing surgery and adjuvant radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy in patients with advanced, nonmetastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 10-year update and subset analysis. *Cancer.* 2015; 121: 1599-1607. doi: 10.1002/cncr.29251.
8. Wolff K.D., Rau A., Ferencz J., Langer T., Kesting M., Nieberler M., Wesselmann S. Effect of an evidence-based guideline on the treatment of maxillofacial cancer: A prospective analysis. *J. Cranio-Maxillo-Facial Surg.* 2017; 45: 427-431. doi: 10.1016/j.jcms.2016.12.013.
9. Van Monsjou H., Schaapveld M., Hamming-Vrieze O., de Boere J.P., van den Brekel M.W.M., Balm A.J.M. Cause-specific excess mortality in patients treated for cancer of the oral cavity and oropharynx: A population-based study. *Oral Oncol.* 2016; 52: 37-44. doi: 10.1016/j.oraloncology.2015.10.013.
10. Fujiwara R., Burtneß B., Husain Z., Judson B., Bhatia A., Sasaki C., Yarbrough W., Mebra S. Treatment guidelines and patterns of care in oral cavity squamous cell carcinoma: Primary surgical resection vs. nonsurgical treatment. *Oral Oncol.* 2017; 53: 129-137. doi: 10.1016/j.oraloncology.2017.06.013.
11. Brunner M., Gore S., Read R., Alexander A., Mehta A., Elliot M., Milross C., Boyer M., Clark J. Head and neck multidisciplinary team meetings: Effect on patient management. *Head Neck.* 2015; 37: 1046-1050. doi: 10.1002/hed.23709.
12. Mullan B.J., Brown J.S., Lowe D., Rogers S.N., Shaw R.J. Analysis of time taken to discuss new patients with head and neck cancer in multidisciplinary team meetings. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 52: 128-33. doi: 10.1016/j.bjoms.2013.10.001.