

г. Уфа

13 декабря 2023 года

15.50-17.00

№2/2023

## ПРОТОКОЛ

### заседания профильной комиссии по специальности «Торакальная хирургия» при главном внештатном специалисте торакальном хирурге Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Председатель:** Яблонский П.К. главный внештатный торакальный хирург Минздрава России, директор ФГБУ «СПбНИИФ» Минздрава России, д.м.н., профессор

**Секретарь:** Кудряшов Г.Г. ведущий научный сотрудник, руководитель отдела пульмонологии и торакальной хирургии ФГБУ «СПбНИИФ» Минздрава России, к.м.н.

Заседание проходило в смешанном очно-заочном формате в рамках научно-практической I Евразийского конгресса торакальных хирургов «Обучение, опыт, профессионализм» по адресу: 450076, г. Уфа, Конгресс Холл Торатау, ул. Заки Валиди, д. 2. Присутствовало 63 участника очно и 19 заочно – главные торакальные хирурги федеральных округов и регионов РФ, главные врачи и руководители отделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению по профилю «Торакальная хирургия», врачи-торакальные хирурги, онкологи и эндоскописты.

### Повестка

1. Обсуждение проекта клинических рекомендаций по лечению эмпиемы плевральной полости. Докладчик – Корымасов Е.А.
2. Обсуждение формы статистической отчётности медицинских учреждений по торакальной хирургии. Докладчик – Кудряшов Г.Г.
3. Разное

### 1. СЛУШАЛИ:

Корымасова Е.А. – представил доработанный проект Клинических рекомендаций «Эмпиема плевры». В докладе были освещены основные разделы клинических рекомендаций: определение, этиология и патогенез, эпидемиология эмпиемы плевры, особенности кодирования по Международной статистической классификации болезней, современные подходы к классификации, клиническая картина, диагностика, включая инструментальные и лабораторные исследования, лечение, включая

медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения, медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, профилактика и диспансерное наблюдение, организация оказания медицинской помощи и критерии оценки качества медицинской помощи. Были доложены спорные вопросы, вызвавшие дискуссию членов рабочей группы:

- исследование pH и уровня ЛДГ в плевральном выпоте обязательно, поскольку при отрицательных результатах бактериологического обследования позволяет установить диагноз эмпиема плевры;
- интраплевральное введение антибиотиков целесообразно ввиду отсутствия доказательств эффективности;
- обязательное назначение антианаэробной терапии эмпирически обосновано;
- применение интраплевральной фибринолитической терапии и оценка ее эффективности.

Корымасов Е.А. отдельно в своем докладе остановился на показаниях и противопоказаниях к хирургическим методам лечения эмпиемы плевры (дренирование, санационная торакоскопия, торакостомия, в том числе с последующим применением вакуумных повязок, декортикация, операции для ликвидации бронхиальных свищей). На обсуждение вынесены вопросы необходимости:

- применения МКБ 11 вместо МКБ 10;
- внесения отдельных разделов клинических рекомендаций по эмпиеме плевры, возникшей вследствие проникающих ранений.

#### ВЫСТУПИЛИ:

Яблонский П.К. – поблагодарил коллег за колоссальную работу по подготовке рекомендаций, предложил снять с обсуждения вопрос применения МКБ 11, поскольку некоторые страны еще не перешли на МКБ 10. При необходимости перейти на МКБ 11 можно будет пересмотреть рекомендации.

Аветисян А.О. – в разделе о дренировании плевральной полости предложил отметить необходимость применения активного аспирационного дренирования; предложил уточнить раздел о показаниях к дренированию плевральной полости при pH менее 7 и при высоком уровне ЛДГ (при установлении диагноза – повторная пункция и дренирование); предложил в разделе о лечении постпневмонэктомических свищей главных бронхов внести положение о важности выполнения резекции культи бронха при наличии технической возможности; предложил считать оментопластику спорным методом в отношении протекции культи бронха; предложил оставить субтотальную/тотальную торакомиопластику как метод, который может быть применен при неэффективности иных методов лечения постпневмонэктомической эмпиемы плевральной полости с бронхиальным свищом.

Яблонский П.К. – отметил, что необходимо разделять лечебные и диагностические манипуляции. На этапе диагностики допустимо выполнять столько пункций, сколько необходимо. Напомнил, что клинические рекомендации разрабатываются для всей страны. Сегодня недостаточно данных, чтобы отказаться от оментопластики в счет диафрагмоластики или миоластики. Следует оставить оба метода в качестве возможной опции.

Корымасов Е.А. – заметил, что активное аспирационное дренирование неприменимо в ряде отделений, где находятся пациенты с эмпиемой. Субтотальная торакомиопластика относится к торакопластике, возможность ее выполнения содержится в соответствующем разделе проекта клинических рекомендаций.

Яблонский П.К. – предложил оставить применение вакуумного аспирационного дренирования в качестве возможной опции.

Чикинев Ю.В. – заявил, что при разработке клинических рекомендаций необходимо ориентироваться не только на торакальных хирургов, но и на общих хирургов, которые чаще оказывают помощь больным с эмпиемой плевры. При установлении показаний к торакоскопии необходимо понимать, что пациент к этому времени уже должен находиться в торакальном отделении. Компьютерная томография доступна пациентам с эмпиемой плевры не во всех регионах. Решение вопросов транспортировки пациентов с эмпиемой плевры часто затруднительно. Предложил уточнить вопросы маршрутизации пациентов с эмпиемой плевры.

Яблонский П.К. – маршрутизация как правило отражается в порядке оказания помощи, а не в клинических рекомендациях. У проблемы существует два варианта решения - либо вызов торакального хирурга на себя, либо перевод в профильное отделение.

Жестков К.Г. – предложил отказаться от местного применения антибиотиков при любой эмпиеме плевральной полости (в разделе клинических рекомендаций о лечении постпневмонэктомических эмпием плевральной полости указана возможность местного применения антибиотиков). Предложил добавить опцию миниторакостомии с вакуумно-аспирационным дренированием плевральной полости. Предложил взять ключевые положения из клинических рекомендаций травматологов, касающихся ранений грудной клетки.

Яблонский П.К. – поручил членам рабочей группы привести в соответствие с современными представлениями об антибиотикотерапии раздел по постпневмонэктомическим эмпиемам плевральной полости. Местное применение антибиотиков недопустимо. Рекомендации о лечении

проникающих ранений грудной клетки должны остаться в клинических рекомендациях по травме. При возникновении эмпиемы плевры – должны быть использованы обсуждаемые клинические рекомендации.

Участниками заседания было предложено отказаться от интраплеврального введения антибиотиков, поскольку в инструкциях по применению лекарственных препаратов нет указаний на возможность подобного применения.

Паршин В.Д. – предложил убрать торговые наименования фибринолитиков из проекта клинических рекомендаций.

Яблонский П.К. – поблагодарил за замечание. Отметил, что мы не имеем право использовать препараты «off label». Можно промывать плевральную полость антисептическими растворами. Соответствующие изменения будут внесены в клинические рекомендации. Торговые наименования препаратов также необходимо исключить из текста документа.

Щеткина И.Н.- «в проекте клинических рекомендаций написано, что при возникновении эмпиемы плевральной полости при сочетанной патологии эмпиема лечится в профильном отделении, т.е. пациент не переводится, а лечится в отделении другого (не торакального) профиля. Как обеспечить активную аспирацию плевральной полости в непрофильном отделении? При возникновении эмпиемы и дренировании в непрофильном отделении необходима консультация торакального хирурга. Осмотр должен быть очным или достаточно телемедицинской консультации? Очная консультация в некоторых регионах затруднительна»

Авзалетдинов А.М. – отметил необходимость именно очной консультации торакальным хирургом при подозрении на эмпиему плевры.

Корымасов Е.В., Паршин В.Д. – предложили согласиться с замечанием о внесении изменений о возможности телемедицинской консультации.

Яблонский П.К. – поручил рабочей группе доработать формулировки, чтобы клинические рекомендации могли быть исполнены на всей территории страны без ущерба для качества оказания медицинской помощи.

Махутов В.Н. – «в клинических рекомендациях звучит, что как только устанавливается диагноз эмпиема плевры пациент должен быть переведен в торакальное отделение, что приведет к переполнению торакальных отделений гнойными пациентами. При этом есть отделения общей и гнойной хирургии, где могут проходить лечение пациенты с эмпиемой, а перевод в торакальное отделение логичен, если требуется декорткация легкого.»

Корымасов Е.А. – «Врачи-хирурги неторакальной специализации не должны знать особенностей течения эмпиемы. Эмпиема – торакальная нозология. В разделе клинических рекомендаций по организации медицинской помощи частично освещены вопросы маршрутизации пациентов.»

Яблонский П.К. – поручил рабочей группе отдельно проработать маршрутизацию пациентов. Отметил необходимость предусмотреть отдельные условия для обязательного перевода пациента в торакальное отделение (показания к хирургическому лечению, недорасправленное легкое и т.д.). Важно «привязать документ к местности». Задал ряд вопросов членам рабочей группы: достаточно ли в КР уделено место лечению основного заболевания, приведшего к развитию эмпиемы (остеомиелиту ребра, удалению инородного тела и т.д.)?

Корымасов Е.А. – в своем ответе напомнил, что в проекте клинических рекомендаций присутствует раздел о лечении основного заболевания, в том числе патология поддиафрагмального пространства, остеомиелит ребер, мастит. Однако подробное описание лечения этих заболеваний, каждое из которых представляет собой отдельную нозологию, сделает обсуждаемые клинические рекомендации безразмерными. Упоминания о необходимости лечения основного заболевания достаточно.

Яблонский П.К. – задал вопрос членам рабочей группы: нужно ли сохранять поролоновую бронхообтурацию как опцию в лечении эмпием с бронхиальным свищом? Известно о дефиците медицинского поролон и о возможных негативных последствиях этой процедуры.

Паршин В.Д. – предложил оставить опцию поролоновой бронхообтурации в клинических рекомендациях из-за простоты выполнения и отсутствия привязки к месту выполнения, поскольку эндоскопическая клапанная бронхоблокация доступна сегодня не более чем в 10 учреждениях нашей страны.

Жестков К.Г. – также предложил оставить опцию поролоновой бронхообтурации, напомнил, что медицинский поролон сегодня доступен как компонент систем вакуумно-аспирационного дренирования.

Яблонский П.К. – задал вопрос членам рабочей группы: нужно ли отдельно оговаривать варианты эмпием плевры у иммуносупрессивных больных, у пациентов после трансплантации, на фоне химио-, иммунотерапии?

Корымасов Е.А. – сообщил единогласное мнение членов рабочей группы – расширение клинических рекомендаций в этом направлении избыточно.

Яблонский П.К. – предложил проголосовать за то, чтобы предложенный

проект принять за основу и внести те редакционные изменения и правки, которые сегодня обсуждали. Предложил до 14.01.2024 доработать все нюансы, после чего собрать рабочую группу и обсудить финальный вариант клинических рекомендаций.

#### ПОСТАНОВИЛИ:

Все участники заседания единогласно проголосовали за предложение председателя профильной комиссии П.К. Яблонского принять предложенный проект клинических рекомендаций «Эмпиема плевры» с учетом внесения обсужденных изменений и доработок.

#### 2. СЛУШАЛИ:

Кудряшова Г.Г., который в своем докладе отметил достаточно полную сдачу отчетов по форме 14-ТХ за 2022 год, что позволило достичь уровня 2013 года и получить реальное представление о восстановлении торакальной службы после пандемии новой коронавирусной инфекции. Несмотря на то, что отчетная форма была модифицирована (упрощена и сокращена), некоторые разделы формы требовали дальнейшей доработки. Так в новой форме будут разделены операции при первичном раке легкого и при метастазах, что позволит получить корректные данные о лимфодиссекции и атипичных резекциях, которые выполняются по поводу злокачественных новообразований легких. Раздел диагностических операций будет полностью переделан, устранены ошибки, добавлены новые виды операций (ТТБЛ, ТББЛ, EBUS-TBNA, EUS-TBNA, слепая пункционная биопсия). В разделе операций на трахее и бронхах будут добавлены доступы (ригидная и гибкая бронхоскопия) и процедуры (эндоскопическая клапанная бронхоблокация), эндovasкулярная окклюзия бронхиальных артерий при легочном кровотечении. Кроме того, новые выпуски статистических материалов будут тематическими. Помимо статистической формы будет разослан опросник по эмпиеме плевры, содержащий вопросы по Наиболее частые виды эмпиемы по этиологии, наличию БПФ, объему, возбудителю, используемым методам обследования и лечения.

#### ВЫСТУПИЛИ:

Яблонский П.К. – предложил обсудить изменения в отчетной форме.

Козак А.Р. – задал вопрос: в раздел операций вы предлагаете добавить ригидную и гибкую бронхоскопию?

Кудряшов Г.Г. – отметил, что в новой отчетной форме ригидная и гибкая бронхоскопия будут добавлены не как отдельные операции, а как вариант доступа для выполнения эндоскопических операций и биопсий.

Яблонский П.К. – задал вопрос: стоит ли внести дополнительные разделы по хирургии пищевода и ГЭРБ в статистическую форму?

Кудряшов Г.Г. – предложений по изменению этого раздела статистической формы в течение 2022 года не поступало.

Авзалетдинов А.М. – отметил, что эти разделы представлены в статистической форме более чем полно.

Корымасов Е.А. – предложил в статистической форме разделить диагностические и лечебные атипичные резекции

Яблонский П.К. – высказал опасение, что диагностические и лечебные операции могут попасть в одну статистическую форму два раза.

Кудряшов Г.Г. – ответил, что диагностические и лечебные атипичные резекции уже были разделены в форме 2022 года. В новом варианте статистической формы будут устранены возможные перекресты, когда одна операция с биопсией двух сайтов могла быть внесена дважды.

Яблонский П.К. – предложил проголосовать за изменения в отчетной форме.

#### ПОСТАНОВИЛИ:

Все участники заседания единогласно проголосовали за принятие изменений в отчетную статистическую форму по торакальной хирургии.

#### 3. ВЫСТУПИЛИ:

Кудряшов Г.Г. – осветил вопросы актуализации профессионального стандарта по торакальной хирургии, сообщил, что подано уведомление на сайт Минтруда, рассмотрение актуализированного ПС запланировано на первый квартал 2024 года в Национальной медицинской палате. Новый профессиональный стандарт будет разослан членам профильной комиссии и главным внештатным специалистам торакальным хирургам федеральных округов и регионов, членам НОТХ в начале 2024 года.

Яблонский П.К. – отметил, что проведенная работа позволит наконец утвердить новый образовательный стандарт трехлетней ординатуры по торакальной хирургии.

Паршин В.Д. - обратил внимание на отсутствие утвержденных клинических рекомендаций по торакальной хирургии за исключением травмы грудной клетки.

Яблонский П.К. – призвал членов рабочих групп финализировать проекты клинических рекомендаций по медиастиному, спонтанному пневмотораксу и хирургическому лечению туберкулеза легких.

В плане работы профильной комиссии на 2024 год планируется:

- обсуждение проектов клинических рекомендаций по медиастинитам (Чикинев Ю.В.) и спонтанному пневмотораксу (Атюков М.А., Жестков К.Г.) в г. Казань в феврале 2024 года;
- обсуждение проектов клинических рекомендаций по хирургическому лечению туберкулеза легких (Аветисян А.О., Елькин А.В.) в г. Санкт-Петербург в июне 2024 года.

В завершении заседания Яблонский П.К. – поблагодарил всех участников за неравнодушное отношение и активное участие в обсуждении поставленных вопросов.

Председатель



П.К. Яблонский

Секретарь



Г.Г. Кудряшов