

препаратов.

После предварительного определения во время рентгеноскопии точки, совпадающей с местом максимального приближения полости абсцесса к передней поверхности грудной клетки. Пункция проводится под местной анестезией 0,25-0,5% раствором новокаина в положении больного сидя. Полученное в шприц содержимое берется на посев для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам и лишь затем содержимое полости гнойника полностью удаляется. Полость промывается антисептическими растворами. В завершении пункции следует ввести в полость абсцесса антибиотики и протеолитические ферменты.

Противопоказаниями к выполнению пункции являются: кровохаркание, центральное расположение абсцесса или во 2-ом, или в аксиллярном сегментах.

Микродренирование абсцесса рекомендуется выполнять по методике Сельдингера, используя набор для катетеризации подключичной вены. После установки катетер фиксируют к коже прошивной лигатурой.

Показанием к микродренированию являются: абсцессы диаметром 6 – 10 см при недостаточном дренировании через бронх; множественные абсцессы диаметром до 6 см с рентгенологическим выявлением уровня жидкости в них; ограниченная эмпиема плевры; ограниченный пиопневмоторакс.

Целью макродренирования является постоянная эвакуация содержимого гнойной полости, в том числе и оторгнутых некротических масс. Показанием к макродренированию являются: одиночные периферически расположенные абсцессы диаметром более 10 см с рентгенологически определяемым уровнем жидкости; множественные абсцессы диаметром более 6 см с уровнями жидкости в них; тотальный пиопневмоторакс; тотальная эмпиема плевры; ограниченный пиопневмоторакс с наличием бронхиального свища.

Для макродренирования, выполняемого также под местной анестезией, целесообразно использовать трубку диаметром 0,4-0,8 см. После рентгеновского определения точки дренирования выполняется диагностическая пункция гнойника толстой иглой. После подтверждения положительного результата в месте пункции остроконечным скальпелем делается прокол кожи и поверхностной фасции, через который проводится троакар. Дренажная трубка с 1 – 2 боковыми отверстиями на расстоянии 1,5-2 см от конца вводится через троакар, который затем удаляется, а трубка фиксируется прошивной лигатурой. Налаживается система активной аспирации.

Макродренирование также противопоказано при: кровохаркании, центральном расположении абсцесса или во 2-ом, или в аксиллярном сегментах.

Эффективна установка проточно-промывной системы полости абсцесса легких с помощью двух дренажей, установленных через троакар (микро- и макродренирование).

При большом количестве сгустков, фибрина, секвестров их удаление может производиться торакоскопически или открытым путем. Показанием к торакоскопии являются абсцессы размером более 5 см и осложнение их пиопневмотораксом. После осмотра полости абсцесса при необходимости дополнительного введения инструмента, последний вводится через еще один про-