

Предпочтительным является активное аспирационное дренирование, способствующее не только удалению экссудата, но и расправлению легкого. Исключением является наличие бронхиальных свищей, при которых интенсивная аспирация может вести к расстройствам дыхания. В таких случаях как временная мера показано применение клапанного подводного дренажа по Бюлау, легко изготавливаемого из разрезанного пальца резиновой перчатки, монтируемого на конце дренажной трубки, и опускаемого в заполненную жидкостью бутылку. Для эффективного устранения бронхиальных свищей может быть использовано их эндобронхиальное пломбирование.

Неэффективность пункционного лечения в течение 10-15 дней ставит показания к дренированию. Установка трубчатых дренажей при плевритах не отличается от таковой при абсцессах легких и описана выше.

Хирургическими вопросами будут ликвидация остаточной полости и закрытие плевробронхиального свища при хронизации процесса, когда сформировалась прочная капсула, препятствующая спадению полости. В этом случае устранение последней может реализоваться плеврэктомией.

Пункционное дренирование может выполняться на ранних этапах, проводится толстой иглой и включает в себя удаление экссудата и промывание плевральной полости.

Для проведения **плевральной пункции** больного усаживают поперек операционного стола или верхом на стуле с опорой на его спинку. Точку пункции определяют предварительно методами лучевой диагностики (рентген, УЗИ). Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина (лидокаина) иглой диаметром 2 мм, соединенной с пережатой зажимом резиновой трубкой или трехходовым краном выполняют пункцию. Для этого по верхнему краю нижерасположенного ребра вводится толстая игла. Прохождение плевры ощущается характерным провалом иглы в полость и поступлением содержимого плевральной полости. Полость промывается раствором антисептиков. Для облегчения удаления тканевого дебрита, фибрина можно использовать протеолитические ферменты (трипсин, террилитин и др.). После удаления всего содержимого полости выполняется промывание ее антисептиками и заключительное введение антибиотиков.

Базовым для постоянного дренирования является закрытый способ, реализуемый установкой в 8-9 межреберье по задней аксиллярной линии дренажной трубки с налаживанием активной аспирации. Возможны два варианта его технического выполнения.

Дренирование по Сельдингеру выполняется с помощью соответствующего набора. Учитывая небольшой диаметр дренажа таким путем можно санировать небольшие и средние размеры гнойников с относительно жидким содержимым.

Дренирование через троакар (по Моналди) позволяет установить более широкий дренаж.

С целью дренирования могут использоваться катетеры Петцера. Введение двух дренажей позволяет проводить фракционный лаваж плевральной полости с непрерывной аспирацией.