

**Показания.** Введение дренажа, торакоскопа, инструментов (термокаутер, игла для биопсии и др.) в плевральную полость.

**Техника.** Торакоцентез можно производить на различных участках грудной клетки в зависимости от показаний (см. термины Дренирование плевральной полости, «Торакотомия»). Если необходимо выполнить торакоцентез боковой стенки грудной клетки, больного укладывают на здоровую половину, под которую помещают валик, чтобы межреберные промежутки раздвинулись, если во II—III межреберье спереди — на спину. При диагностировании дыхательной недостаточности торакоцентез следует выполнять в положении больного полусидя.

После обработки операционного поля (в радиусе не менее 10 см) 0,25—0,5 % раствором новокаина производят местную анестезию кожи по проекции межреберья, а более длинной иглой — анестезию подкожной клетчатки, мышц. Продвижение иглы дальше должно сопровождаться непрерывным введением раствора новокаина. Когда будет проколота плевра появится боль. Для уточнения нахождения иглы в плевральной полости следует потянуть поршень шприца на себя — поступление в шприц воздуха или другого содержимого говорит о том, что игла попала в [плевральную полость](#). После этого иглу слегка извлекают из плевральной полости (для анестезии париетальной плевры) и вводят 20—40 мл раствора новокаина. Затем иглу, подсоединенную к шприцу, неспеша и перпендикулярно грудной полости продвигают в плевральную полость, непрерывно приближая поршень шприца на себя.

Поступление жидкости или воздуха плевральной полости в шприц позволяет охарактеризовать глубину свободной плевральной полости, на которую безопасно вставить троакар или зажим, не боясь задеть внутренние органы. Вычислив таким методом глубину свободной плевральной полости, разрезают КОЖУ и раздвигают мягкие ткани и вставляют в плевральную полость троакар или зажим в зависимости от цели торакоцентеза. Если после данной манипуляции в [плевральную полость](#) вводится дренаж, последний фиксируется П-образным швом, концы нити завязываются бантиком. Делается это для того, чтобы после удаления дренажа можно было затянуть узел и закрыть рану, не нарушая герметичности плевральной полости. Если дренаж не вводится, рану зашивают 1—2 швами, после чего накладывают асептическую повязку.

**Противопоказания.** Отсутствие свободной плевральной полости на участке, подлежащем торакоцентезу.

**Возможные осложнения.** Повреждение легкого, диафрагмы, кровотечение.

**Первая помощь** при подозрении на повреждение внутренних органов (кровохарканье, кровотечение, поступление воздуха из легкого) заключается в немедленном дренировании плевральной полости с проведением активной или пассивной аспирации ее под постоянным контролем состояния больного, органов брюшной полости (если имеется подозрение на повреждение диафрагмы), функции легких, характера дренируемого содержимого, его количества. Показаны также рентгенологическое обследование и торакоскопия. Назначаются гемостатические средства. Если состояние больного ухудшается, необходимо ставить вопрос об оперативном вмешательстве.

---

Материалы по теме:

- 1) [Локализация и распространение гнойных процессов в области спины и лопаток](#)
- 2) [УЗИ при абсцессах брюшной полости](#)
- 3) [Способ Футоряна](#)