

Признаки проникающего ранения следующие: возникновение кровохарканья, характерный звук вхождения и выхода воздуха при дыхательных движениях через узкое раневое отверстие, вид легкого через рану, наличие пневмоторакса, гемоторакса (перкуссия, рентгенологическое исследование), а также подкожной эмфиземы.

На проникающее ранение указывают значительное нарушение дыхания и тяжелое состояние больного.

Однако в ряде случаев проникающего ранения грудной клетки эти признаки могут отсутствовать. Ранения малой глубины над небольшой ножевой раной могут герметически сомкнуться и тогда воздух не может свободно входить и выходить наружу. Попавшего в полость воздуха иногда бывает недостаточно, чтобы дать ясные данные при перкуссии. Кровотечение из легкого может отсутствовать или быть настолько малым, что не обнаруживается ни перкуторно, ни рентгенологически. Общее состояние иногда остается хорошим не только при повреждении легких, но в некоторых случаях даже при ранении сердца. Следует поэтому учитывать по косвенным признакам возможную глубину проникновения ранящего орудия, область повреждения (особенно опасна зона проекции сердца) и при возникающем подозрении на проникающее ранение направлять больного в хирургическое отделение.

2.3. Спонтанный пневмоторакс

Спонтанный пневмоторакс возникает при некоторых заболеваниях легких (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, врожденные кисты и др.) вследствие прорыва в плевральную полость патологических образований (каверна, киста, гнойник) в случае расположения этих образований близ поверхности легкого под висцеральной плеврой. Через возникающее сообщение бронхиального дерева с плевральной полостью воздух проникает в полость – самопроизвольный (не вызванный травмой) пневмоторакс.

Клинически спонтанный пневмоторакс проявляется внезапно наступившей острой болью в одной стороне грудной полости и затруднением дыхания вследствие поджатия легкого воздухом, проникшим в плевральную полость. Это может возникать при натуживании пациента. В легких случаях достаточно непродолжительного пребывания больного в постели с дачей обезболивающих препаратов, чтобы все явления прошли. Очень важен при этом рентгенологический мониторинг за состоянием легкого и плевральной полости.

Если после проведения указанных мероприятий не наступает улучшения или если с самого начала состояние больного тяжелое и расстройства дыхания резко выражены, врачу общей практики следует думать, что в плевральную полость через возникшее сообщение с бронхом поступают новые порции воздуха. Это возможно, если в сообщении между бронхиальным деревом и плевральной полостью образовался клапан, – воздух входит в плевральную полость, но не выходит оттуда.

Это крайне опасная патология называется клапанным пневмотораксом, при котором с каждым дыхательным движением происходит раздувание плев-