

Ваня Узунова Екатерина Учикова Георги Присадов

РЪКОВОДСТВО ПО СПЕШНА КОРЕМНА ХИРУРГИЯ ЗА СТУДЕНТИ



ПЛОВДИВ 2012

I. Хирургична анатомия на перитонеалната кухина

Перитонеалната кухина представлява херметически затворено пространство, ограничено от перитонеума. Обемът, формата и вътрешната структура на перитонеалната кухина се определят от разположенето и хода на двата дяла на перитонеалния лист — париеталния и висцералния, от връзките между тях, от анатомичните взаимоотношения между перитонеума и коремните органи.

При нормални условия перитонеалната кухина представлява единно пространство, в което обаче се обособяват отделни подразделения, повече или по-малко отграничени едно от друго. Относителното разделяне на перитонеалната кухина на по-малки отдели се обуславя от разположението на коремните органи и на перитонеалните дубликатури, които се простират от коремните стени към органите — мезо на органи, и от един орган към друг — перитонеални връзки между органите. Перитонеалните дубликатури се разполагат в различни плоскости — хоризонтална — mesocolon transversum, фронтална—omentum minus, lig. gastrocolicum, omentum majus, lig. gastrolienale, и др., сагитална — lig. falciforme hepatis и коса (мезото на тънкото черво и др.). Заедно с коремните органи те образуват прегради, които оформят вътрешната структура на перитонеалната кухина.

При възпалителни процеси в перитонеалната кухина се образуват сраствания между различните части на перитонеума и органите и набелязаните анатомични отдели на перитонеалната кухина се превръщат в напълно затворени пространства, в които се локализируют и ограничават

възпалително-ексудативните процеси под формата на локални перитонити или интраперитонеални абсцеси. При липса на сраствания и ограничения течностите, образуващи се в перитонеалната кухина или навлизащи в нея от коремните органи (асцитна течност, гной, кръв, жлъчка, стомашно или чревно съдържимо и др.), се разпространяват повече или по-малко свободно от един отдел на перитонеалната кухина в друг. Както локализирането и ограничаването на патологичните ексудати, така и разпространението им в перитонеалната кухина не става стихийно и безразборно, а се подчинява на определени закономерности, обусловени от вътрешната структура на перитонеалната кухина.

При преминаването на перитонеалния лист от коремните стени върху органите и от един орган върху друг се оформят следните по-важни перитонеални връзки, които играят роля в подразделянето на перитонеалната кухина:

Между диафрагмата и горната повърхност на черния дроб се образуват две перитонеални връзки:

а) *lig. coronarium hepatis*, която се разполага във фронталната (или средно между хоризонталната и фронталната) плоскост и завършва надясно и наляво като *lig. triangulare dextrum et sinistrum*;

б) *lig. falciforme hepatis*, разположен в сагиталната плоскост. В долния ръб на *lig. falciforme*, обтегнат от предната коремна стена (областта на пъпа) към *porta hepatis* (като *lig. teres hepatis*) е включена пъпната вена, която след раждането не облитерира напълно и може да бъде реканализирана.

След като перитонеумът обвие черния дроб, се прехвърля от долната му повърхност към горната хоризонтална част на дванадесетопръстника и малката кривина на стомаха. Така се образуват *lig.hepatoduodenale* и *lig.hepatogastricum*, които преминават непосредствено един в друг и формират *omentum minus*. Наляво от *omentum minus* перитонеумът

преминава от долната повърхност на диафрагмата върху предната повърхност на абдоминалната част на хранопровода — *lig. phrenicoesophageum*, а наляво от хранопровода — върху форникса на стомаха — *lig. phrenicogastricum*. Наляво и надолу последната връзка преминава в *lig. gastrolienale*, свързващ горната част на голямата стомашна кривина с вътрешната повърхност на слезката. От дисталната половина на голямата кривина висцералният перитонеум, покриващ предната и задната стомашна стена, се спуска под формата на свободна дубликатура пред *colon transversum* и тънкочревните бримки, след това се връща нагоре отново пред *colon transversum*, като сраства с предната му повърхност и се отправя към задната коремна стена, залягайки върху горната повърхност на мезоколона. Така се формират *lig. gastrocolicum* между голямата кривина на стомаха и *colon transversum*, съставен от 2 перитонеални листа, и *omentum majus* (от *colon transversum* надолу), съставен от четири перитонеални листа.

Mesocolon transversum представлява хоризонтално разположена перитонеална дубликатура, преминаваща от задната коремна стена към *colon transversum*. Линията, по която мезоколонът се прикрепва към задната коремна стена, върви хоризонтално от средата на десния бъбрек, пресича средата на низходящата част на дванадесетопръстника и главата на задстомашната жлеза, върви по предния ръб на тялото на жлезата и достига левия бъбрек на равнището на средата му.

Мезото на тънкото черво предствлява отделна перитонеална дубликатура, преминаваща от задната коремна стена към червото. Линията на прикрепване на мезентериума върху задната коремна стена върви косо от *flexura duodenojejunalis* (лявата повърхност на II поясен прешлен) надолу и надясно до мястото на съединяването на илеума с дебелото черво.

Гореописаните перитонеални връзки заедно с коремните органи разделят перитонеалната кухня на следните повече или по-малко обособени

пространства, които имат значение за ограничаването или разпространението на патологичните ексудати.

Colon transversum и мезоколонът разделят перитонеалната кухина на два основни дяла, наречени етажи — горен и долен етаж. Двата етажа се съобщават помежду си през цепковидния промеждутък между omentum majus и предната коремна стена, а също и през латералните канали (предимно десния).

В горния етаж на перитонеалната кухина, разположен от диафрагмата до мезоколона, се обособяват следните по-малки пространства:

Bursa hepatica — ограничава се отгоре от диафрагмата, отдолу от мезоколона, отпред от предната коремна стена и отляво от lig.falciforme hepatis. Тя обкръжава десния дял на черния дроб. При гнойно-възпалителни процеси в територията на bursa hepatica могат да се отграничат две по-малки кухини: дясно субдиафрагмално пространство — между диафрагмата, горната повърхност на десния дял на черния дроб, дясната половина на lig.coronarium hepatis и lig. falciforme hepatis, и субхепатално пространство — между долната повърхност на черния дроб и мезоколона, надясно от предната част на lig. falciforme hepatis.

Bursa pregastrica- ограничава се отгоре от диафрагмата, отзад — от omentum minus, предната стена на стомаха и lig. gastrocolicum , отпред — от коремната стена, и надясно — от lig. falciforme hepatis. Тя обкръжава левия чернодробен дял, наляво няма изразена граница и се съединява с пространството около слезката.

Bursa omentalis - ограничава се отгоре от диафрагмата и lobus caudatus hepatis, отпред — от omentum minus, задната стена на стомаха и lig. gastrocolicum, отдолу — от mesocolon transversum, отзад — от задната коремна стена, върху която зад перитонеалния лист се разполага задстомашната жлеза. Bursa omentalis е разположена най-дълбоко и е

сравнително най-отграничена от останалите отдели на перитонеалната кухина, с които тя се съобщава само през foramen epiploicum (Winslowi). Последният се разполага зад десния ръб на lig.hepatoduodenale и е ограничен отвсякъде с перитонеални връзки — lig.hepatoduodenale, lig. duodenorenale и lig. hepatorenale. При възпалителни процеси серозните стени на отвора слепват помежду си и bursa omentalis се изолира напълно. Локални перитонити в тази бурса се развиват най-често във връзка с остри заболявания на задстомашната жлеза и прободни язви на задната стомашна стена. Оперативно в bursa omentalis може да се проникне през omentum minus, през lig.gastrocolicum и през мезоколона. За оглед, евакуация на гнойна колекция, намеси върху задстомашната жлеза и дрениране на бурсата най-удобен е достъпът през lig.gastrocolicum.

В д о л н и я етаж на перитонеалната кухина се формират следните пространства, които имат значение за разпространението и ограничаването на ексудативните процеси:

Canalis lateralis dexter — образува се между страничната коремна стена и colon ascendens. Нагоре този канал се съобщава свободно с горния етаж на перитонеалната кухина и по него патологичните ексудати и секрети от горния етаж се стичат надолу към тазовата част перитонеалната кухина (при перфорации на стомашни и дуоденални язви, инсуфициенция на дуоденален чукан, увреди на жлъчните пътища и др.).

Canalis lateralis sinister се разполага между лявата странична стена на коремната кухина и colon descendens. Отгоре той е ограничен от перитонеална връзка, преминаваща хоризонтално от диафрагмата към flexura coli lienalis — lig. phrenicocolicum. Поради това по левия латерален канал не могат да преминават течности от горния етаж на корема надолу и обратно.

Sinus mesentericus dexter — пространството, което се ограничава отгоре от mesocolon и colon transversum, отдясно — от colon ascendens,

отляво и отдолу — от корена на мезентериума. Десният синус представлява широка вдлъбнатина, изпълнена с тънкочревни бримки, пред които се разпростира omentum majus. При възпалително-ексудативни процеси в областта на десния синус ексудатите се ограничават напълно и не преминават в съседните отдели на перитонеалната кухина.

Sinus mesentericus sinister — разполага се наляво от корена на мезентериума, като отгоре се ограничава от mesocolon и colon transversum, отляво — от colon descendens , а отдолу не е ограничен и широко се съобщава с тазовата част на перитонеалната кухина. Поради това съществува възможност за свободно преминаване на ексудати както от левия синус към cavum pelvis peritoneale, така и обратно.

Десният и левият синус се съобщават помежду си само чрез промеждутъка между flexura duodenojejunalis и лежащия над нея mesocolon transversum, които при възпалителни процеси се затваря напълно.

Познаването на вътрешната структура на перитонеалната кухина и произтичащите от нея закономерности за разпространението и ограничаването на ексудативните процеси дава възможност за правилно диагностициране и прогнозиране и рационално провеждане на лечението при такива процеси — подходящ избор на оперативен достъп до патологичното огнище, щателен оглед и евакуация на патологичните ексудати и ефективно дрениране на различните отдели на перитонеалната кухина.

Остър хирургичен корем- е синдром, който клинически обикновено се проявява с болка , повръщане, смутен чревен пасаж и влошаване на общото състояние. Винаги съществува перитонеално дразнене и мускулна

защита.Макар и рядко това правило има изключения- при стари и изтощени болни, при пациенти в безсъзнание.В зависимост от срока на развиващия се перитонит мускулната защита се променя и в терминалния стадий на перитонита може да изчезне.

Острият хирургичен корем се изразява в следното:

1. Внезапност на клиничните прояви с известна вариабилност на същите.
2. Интензивността на тези прояви се развива стремглаво.
3. Има опасност в следващите часове и дни за живота на пациента.
4. Пациентът излиза от своето психическо равновесие.
5. По отношение на оказването на помощ се налага бързина, своевременност и приемственост по отношение на оказването на помощта.

Етиология на острия хирургичен корем.

- 1.Спонтанна усложнена патология на коремен орган.
2. Последица от травма на корема .

Методи на изследване.

А/ Клинични методи:

1. Анамнеза- прецизна и подробна- по отношение на:
 - а/ болка- поява, интензитет, локализация, ирадиация, сила.
 - б/ повръщане- интензитет, време на поява , вид на повърнатите материи.
 - в /дефекация
 - г/температура
 - д/общо състояние
2. Клиничен преглед
 - а/оглед на корема.
 - б/ палпация - болезненост, перитонеално дразнене, мускулна защита.
 - в/ перкусия- различие в тона, изчезване на чернодробното притъпление.

г/ аускултация- наличие на перисталтика, патологична перисталтика или липса на такава.

д/ ректално туширане- болезненост в кавум дугласи, наличие на свободна течност в кавум дугласи, патологични формации.

3.Параклинични изследвания

а/ изследване на кръв- ПКК, биохимия, урина ,кръвно-газов анализ,коагулограма.

б/ изследване на урина- седимент, захар, ацетон, пигменти

в/ часова диуреза.

г/ рентгеноскопия/графия/ на корема- с или без контраст

д/ абдоминална ехография

е/ КАТ на корема

ж/ лапароцентеза

и/лапароскопия

Клиника на основните нозологични единици

Перитонити

Биват – остри и хронични

Биват – локални/ субфреничен абсцес, интеринтестинален и дугласов абсцес/ , дифузни и тотални.

По причинител биват :

- Бактериални- аеробни, анаеробни, смесени/
- Асептични/след това стават септични/- от жлъчен сок, панкреатичен сок, урина, кръв.

По ексудат перитонитите биват:

- серозен
- фибринозен
- гноен

- хеморагичен

Хроничните перитонити са – туберкулозен, тифозен и хроничен пластичен.

Острите перитонити са първични и вторични

-**първични** – стрептококов и пневмококов

- **вторичните**- биват :

-перфоративни

-възпалителни

- перитонити по лимфен път

- **СЛЕД ТРАВМА /ОТКРИТИ ПРОНИКВАЩИ НАРАНЯВАНИЯ/.**

Перфоративните перитонити са резултат от перфорация на кух коремен орган/ стомах, тънко, дебело черво, жлъчен мехур / Причината е:

-язва

- карцином

- чуждо тяло

- диагностична манипулация, други.

Възпалителни процеси на органи в перитонеалната кухина:

- апендицит
- гениталии
- жлъчен мехур/ билиарен перитонит- чрез пропация.
- панкреатит
- мекелов дивертикул
- извънперитонеални органи – пикочен мехур, бъбрек, матка- чрез перфорация в свободната перитонеална кухина

Тифни перитонити

Предизвиква се чрез перфорация на тифна язва /язви/ на тънкото и дебелото черво или без перфорация /чрез пропация/.

Честота

- при 1,5-5% при болните от тиф се получава.
- мъжете се засягат по- често от жените.
- възрастните са засегнати по- често от децата
- получава се на 3-4 седмица от началото на заболяването.

Етиология(провокиращи фактори):

- резки движения
- честите изхождания
- преяждане
- травма

Клиника

- болка - рязка, внезапна, но може и постепенно **ДА СЕ ПОЯВИ**. Болката е постоянна, силна, по целия корем или локализирана в дадена област.
- повръщане
- диария и меленозни изпражнения.
- температурата/която е висока/ спада.
- пулсът се учестява.
- корем- балониран, с мускулна защита, изчезва чернодробното притъпление
- Ro- снимка на корема /обзорна/- наличие или липса на свободен газ под диафрагмата.
- левкоцитоза- преди настъпване на перитонита- има левкопения

Може обаче по време на боледуване от тиф да настъпи перитонит от друга причина- апендицит, холецистит.

Перитонити от генитален произход

Този вид перитонити могат да бъдат без перфорация или с перфорация

А/ Без перфорация

1.Гонококов перитонит:

- при възрастната жена
- при малки момичета
- други

Този вид перитонит възниква по-често при малки момиченца, при млади жени , при проститутки.

Характерно е:

- остро, внезапно, бурно начало, в пълно здраве.
- Температурата се покачва до 38-39 градуса
- пулсът се учестява.
- силна болка по целия корем
- повръщане
- цианотичен фациес
- балониран корем с контрактура
- вагиналното изследване и микробиологичното изследване показва наличие на гонококи
- левкоцитоза- /до 30-40 /
- добро и бързо повлияване от консервативното лечение- антибиотици, вливане на водно-солеви ратвори.

Б/ С перфорация

1. Руптура на неинфектирана овариална киста:

- остра, внезапна силна болка
- може по- бавно , постепенно

2. Перфорация и руптура на пиосалпинкс.

3. Руптура на тазов абсцес.

4. Перфорация на абсцес на яйчника.

Тази група перитонити изисква оперативно лечение в спешен порядък!

В/ Пуерперални перитонити и перитонити след аборт:

- настъпват на 4-5 ден след раждане или аборт
- температурата се повишава, с втрисане
- повръщане
- болка в корема
- диария
- корем- участва при дишането! и липсва мускулна защита!

Пневмококови перитонити

1. Най- често се проявява при малки момиченца

2. Етиология- причинител е пневмокок.

3. Клиника.

Началото е остро, внезапно, при пълно здраве.

а/ болка- остра, продължителна, постоянна, без локализация.

б/ повръщане- многократни, чести и от самото начало.

в/ диария- още от самото начало. Изхожданията са обилни, зловонни, зелени или черни.

г/ висока температура - 40 градуса и по-висока.

д/ контрактура на коремните мускули- генерализирана, но не силно изразена.

е/ тежко общо състояние, с протрация

Всички тези прояви се проявяват още първия ден

ж/ левкоцитоза

Клиничните форми са

-свръхостра

- остра

- подостра

Интраперитонеални хеморагии

I Интраперитонеални хеморагии от генитален произход

1. Извънматочна бременност

2. Интраперитонеална хеморагия –не по време на бременност.

3. Маточни перфорации

II. Други интраперитонеални хеморагии

1.Руптура на аневризма на коремната аорта

2. Абдоминална апоплексия.

Извънматочна бременност

A/ неусложнена

Анамнеза

1. Нередовност в последните менструации:

-по време на поява- по-рано или по- късно

- по качество- черна , мръсна кръв

- по количество- по-оскъдна МЕНСТРУАЦИЯ или продължително кървене.

2.Болка :

- Ниско вдясно или ляво

- Като тежест

- Като колика

Обективно състояние- внимателно се тушира:

Опипва се „ нещо” по тръбата вдясно или вляво и е болезнено.

Тези жени активно се наблюдават .Ако оплакванията и тази формция не изчезнат от покой, антибиотик, лед- ТОГАВА се пристъпва към оперативна намеса- защото това е извънматочна бременност.

Б/ Усложнения на извънматочната бременност

1.Руптура на извънматочна бременност

Анамнеза

- силна ,рязка болка вдясно или вляво
- колапс, прилошаване

Статус

- бледа кожа и лигавици, студена пот
- учестен пулс ,ниско кръвно налягане

Корем- липсва контрактура, болезнен, притЪпление ниско долу в корема

- туше пер ректум- „вик” на Дуглас

Съществува руптура в две и три времена

2. Хематоцеле- получава се в резултат на тубоабдоминален аборт.

Клиниката се характеризира с:

- нередовен цикъл
- на 5-6 седмица- след внезапна болка настъпва синкоп, след което по- леки кризи
- пациентката страда при ходене , при уриниране, при полов акт
- симптом на Кулен- синьо-черно оцветяване на умбиликалната област
- късна висока болка в корема

- симптом на Дъглас- при дълбока палпация В дъгласовото пространство се появяВА силна болка/ ИМА кръв в перитонеалната кухина/

- при липса на мускулна контрактура

Основните признаци НА ХЕМАТОЦЕЛЕТО СА :

- аномалии в менструацията
- метрорагии
- симптом на Дъглас
- екстраутеринен тумор
- признаци на анемия
- късна висока болка
- симптоми от страна на пикочния мехур

Клинични форми на екстраутеринна бременност:

- екстраутеринна бременност
- излив в перитонеалната кухина
- хематоцеле

По- особени/ / форми на извънматочна бременност.

- по типа на перитонит- тежка форма.
- по типа на илеус-тежка форма.
- по типа на апендицит – по- лека форма.
- по типа на маточен – аборт.
- по типа на салпингит.

Има два типа аборти- маточен и тубарен.

Всяка жена , която има клинически данни за начеващ аборт, трябва да бъде изследване с идеята, че може би се касае за извънматочна бременност ,особено ако болките са странично, а не срединно.

Интраперитонеални хеморагии/ не от бременност/.

1. От матката:

а/ рефлукс утеро-тубоперитонеален със или без предварителна метрорагия.

б/ фиброма ,с разкъсана субсерозно вена.

в/ тумор.

г/ голям, малигнен разяждащ тумор / холиепителиом перфоранС/.

2. От тръбите:

а/ торзия на тръба

б/ хеморагичен салпингит

в/ туберкулоза- салпингит с улцерации

г/ сифилис

д/ злокачествен тумор на тръбата

е/ варици на тръбата

3. От перитонеума – рядко

4. От яйчниците:

а/ фоликуларни хеморагии

б/ от жълтото тяло

в/ торзирана киста

г/ доброкачествени и злокачествени тумори

Важно!- и при най- големия хемоперитонеум – липсва мускулна защита/контрактура/!

Интраперитонеално кървене в резултат на руптура на матката.

Най- често след аборт и кюретаж се получава перфорация на матката. В резултат на това има две усложнения- инфекция и кръвоизлив. Може в тези случаи да се засегне тънко черво, дебело черво, пикочен мехур.

Абдоминална апоплексия

При спонтанна артериална руптура/ артерия на стомах, на тънко черво/ се получава интраперитонеална хеморагия. Клинически се проявява:

- с внезапна жестока болка
- контрактура на коремната стена
- шок

Инфаркт на червото/ мезентериална тромбоза/

I. Началото

- може **ДА ЗАПОЧНЕ** драматично, внезапна и жестока болка при напълно здрав **ЧОВЕК** или имащ кардиоваскуларни смущения.
- в две времена – две кризи- в началото **ПАЦИЕНТИТЕ ИМАТ** няколко дни неясни коремни болки и след това внезапно **НАСТЪПВА** остра жестока болка.

II. Клиника

A/ Общо състояние – бързо и от начаалото тежко

1.Фациес- -бледа кожа и лигавици.

2.Пулс- учестен ,малък , филиформен.

II.Клиника

A/ Анамнеза-

1. Болката е жестока, много силна, постоянна, периаумбиликална, или лумбална и по целия корем.
Има случаи и без болка.
2. Повръщане – в началото храна, след това жлъчка, по-късно фекалоидни материи, а понякога и кръв.
3. Диария и ентерорагия /не винаги/-тя е профузна, водниста или по-рядко кървава.
4. Ентерорагията е ценен белег, но е непостоянен.

Б/. Общо състояние- още от началото е тежко.

- 1.Фациес – бледа кожа и лигавици
- 2.Пулс- учестен, малък, филиформен- колапс.
3. Хипотермия

В/ Локален статус- корем:

1.Оглед- корем, участвува при дишането, увеличен по обем, но не метеоризъм и балониране.

2.Палпация-

- липсва генерализирана контрактура и по-често липса на такава.

- широка зона на притъпление - най-често в средата на корема или няколко такива зони.Появява се понякога за няколко часа.

- силна дифузна болка, но все пак по- изразена в някоя част на корема

- в областта на болката се опипва тумор / това е инфарцерираното черво/- развитието му е за няколко часа.

- ректално туширане- кръв или диария

3. Перкусия – клаудикацио интермитенс притъпление – най- често в хипохондриума

Г/ Клинични форми

1. а/ Диарична

б/ Оклюзивна

в/ Туморна

2. а/ Остра

б/ Хронична- като ангина пекторис или като клаудикацио интермитенс.

Обикновено се появява след обилно хранене, уморително ходене или след емоция. Започва с мъчителни кризи- болка като изгаряне, в дълбочина , до

гръбначния стълб. Придружена е с гадене и повръщане, балониране на корема, диарични изхождания. Появява се в различни интервали, понякога всеки ден.

III. Диференциална диагноза- ПРАВИ СЕ С:

1. Илеус- инвагинация

При него няма корем като дъска, няма контрактура, няма метеоризъм, няма перисталтизъм, няма болка на кризи, няма абсолютен стоп на газове и изпражнения.

Има корем, който е мек, без генерализиран тимпанизъм, има постоянна болка.

2. Хеморагичен панкреатит.

3. Руптура на извънматочна бременност.

При илеус- инвагинацията Има :

- симптоми на непроходимост , но непълна.
- физикална находка на мек, пастъзен тумор.
- общи симптоми на вътрешен кръвоизлив с ранен колапс.

Остра стомашна дилатация

I. Етиология:

1. След операции- най-често на 2-4 ден / не само при коремни операции/.
2. След травма.
3. Спонтанна

Получава се еднакво при мъже и жени.

Предразполагащи фактори:

- при невротизи
- птоза
- при по- слаби хора

- аерофагици

II. Началото

- може постепенно
- остро, внезапно- след травма

III. Клинична картина

1. Повръщане – профузно, обилно, лесно, без усилие.
 - Жлъчно в началото, зеленикаво, по-късно кафяво и черно- но никога фекалоидно!
2. Колапс:
 - бледо лице, хлътнали очи, подобно на фациес при пертонит на 3-4 ден
 - пулс- филиформен, почти непретроим.
3. Балониране на корема:
 - започва от горния етаж на корема, бързо нарастващо, но остават свободни двете илиачни области.
 - резистентост на корема, но без контрактура- както футболна топка – гладка еднакво навсякъде
 - липсват перисталтични вълни
 - при перкусия- наличие на тимпанизъм и хидроаерични звуци
4. Други симптоми:
 - силна жажда
 - олигурия до анурия
 - признаци на дехидратация

IV. Лечение- консервативно!!!

1. Стомашна сонда и промивка.
2. Поставяне на болния в странично положение или по корем.

Остър апендицит

Направи като схема:

1. Острата криза

2. Тежки форми на острия апендицит

а/ апендикулярна токсемия

б/ генерализирани от началото перитонити- 2 клинични форми:

- пресен, остър пурулентен перитонит
- путриден перитонит

Остър апендицит- остра криза

I. Признаци от анамнезата

1. Болка- спонтанна, с различна интензивност, в редки случаи липсва. Може да се прояви с продроми- умора, епигастрална тежест, затруднение при свиване на десния крак.

- локализация- в дясна илиачна област. Може да се съсредоточи веднага в дясна илиачна област или дифузно.

- по характер- болката е като тежест, колика, изгаряне.

- началната болка- първите 6 часа в 2 от 3 случая приема маската на храносмилателно разстройство.

- епигастрална локализация
- по целия корем
- около пъпа

По-късно болката се локализира в дясна илиачна област.

Има инверсия на субективните и обективни признаци- наличие на субективна болка в епигастриума, но при палпация там липсва болка.Наличие на палпаторна болка в илеоцекална област, без пациентът да я съобщава.

3. Повръщания:

- не са постоянни
- едно , две
- може само гадене
- повръщането е ранен признак, появява се заедно с болката.
- хранителни- жлъчка.

3. В повечето случаи спира изхождането на изпражнения и газове , но при децата- много често има диария.

II. Обективно състояние

1. Пулс- ценен показател, трябва да се измерва многократно.Най- често има съответствие между пулса и кръвното налягане. Ако температурата е 39 градуса, пулсът е 100-110 .Пулс- 80 уд/мин е лош пулс, ако има хипотензия и е нестабилен.
2. Провокирана коремна болка- никога не липсва- тя е локализирана в:
 - дясна илиачна област- изразена , постоянна, непоносима.Тази локализация се среща в 9 от 10 случая.
 - ако не я намерим там- я търсим по-назад , ретроцекално
 - ниско долу- в дъгласовото пространство.Тогава - туше ректал или вагинално туше.
3. Кожна хиперестезия
4. Кожни рефлекси.
5. Мускулна защита.

Тежки форми на острия апендицит

I. Апендикулярна токсемия- тази форма е различна от острата криза и тя изисква бърза намеса.

А/ Анамнезата и статуса са пълни с контрасти.

Началото- не започва с остра болка, а с обилни повръщания!!

Лицето е бледо, цианотично или като мраморно с цианотични плаки. Носът- изострен, очите – хлътнали, погледът помътнен, ръцете и ноктите- синкави.

Пулсът – бърз, учестен, нишковиден, едва доловим, честота 140-160 в минута.

Температура- 37-38 градуса.

Б/ Локален статус- корем:

- липсва балониране
- липсва остра болка при палпация
- дифузна мускулна защита, но слабо изразена.
- липсва контрактура .

Тежестта на състоянието е изразена- анурия, слаба сърдечна дейност, съзнанието се помрачава.

Най- вече се открива по- жива болкова чувствителност в точката на Mac Burney/ дясна илиачна област/.

Трябва да се оперира по спешност!!! При операцията – апендиксът изглежда интактен, липсва гной! Но в апендикса мукозата е некротична, със сфацели. Именно затова локалните симптоми са незначителни , но преобладава тежкото общо състояние.

Затова когато при операция по повод на остър хирургически корем не открием нищо –правим апендектомия!!

II- Генерализирани от самото начало перитонити- има 2 клинични форми :

- пресен, остър, пурулентен перитонит

- гутридни перитонити.

А/ Пресен , остър перитонит

1. Остра , силна като с нож болка, водеща до колапс, в дясна илиачна област, постепенно се разпространява по целия корем.
2. Повръщане- обилно, често- 6-8 -10 на брой.
3. Стоп на газове и изпразнения- съвсем рязко насъпващо.
4. Температура- 39 градуса
5. Фациес- очите блестящи, изострен нос.
6. Корем:
 - не участва при дишането
 - кожна хиперестезия
 - мускулна контрактура- на целия корем, но все пак болката е най-силна вдясно долу и контрактурата най- изразена.
 - Ректално туширане- болезнен дуглас.

Б/ Гутриден перитонит- това е почти винаги перитонит от перфорация на гангренозен апендицит.

1. Това е най- острата апендикулярна болка, болка при перфорация, подобна на болката при перфорирала дуоденална язва, хеморагичен панкреатит, мезентериална тромбоза.
Болката е жестока и бързо се разпространява , особена вляво.
2. Малко повръщания.
3. Вместо спиране на газовете- холероподобна диария.
4. Температурата е леко повишена- 38 градуса
5. Пулс- 140 , слаб, филиформен, по- рядко 40-50.
6. Лицето- оловно, сиво, тревожно, с ”блуждаещ поглед”.
7. Има дисоциация между пулс и температура.

Локалните симптоми могат да бъдат така добре скрити и завоалирани поради смъртта на тъканите, че само общото състояние да ни покаже, че се касае за перитонит - втрисане, субиктер, филиформен пулс или просто простуда.

Успокояването на болките и спадането на температурата, ако те са предшествани от втрисане- не е успокоително , а началото на гангрената. Тези три, така свързани признака изискват незабавна операция!

Остри перитонити, вторично генерализирани

Има 3 форми:

а/ прогресиращ перитонит

б/ перитонит в две времена

в/ перитонит в три времена

Трите форми съдържат тази причина за грешка , която Dieulafoy нарича *assalmie traitresse*/ лъжливо благополучие/.

Не може да се избегне пурулентен перитонит от началото генерализиран, нито путриден от гангрена на апендикса , но може чрез спешната хирургия на всяка остра криза да бъде избегната по- голяма част от тежките перитонити , за които ще стане дума по-долу.

А/ Прогресиращ перитонит

В началото – остра апендикулярна криза. След това последва успокояване / съвсем слаба болка, температурата спада/Това продължава 1-2-3 денонощия. Последва влошаване –болките се засилват , появява се повръщане, пулсът се учестява.

Б/ Перитонит в две времена

Има остра криза-успокояване на болките- после подновяване на болките под формата на криза.

В много случаи се касае за провокиран перитонит- под влияние на очистителни средства.

Никога при съмнение за апендицит- не се дават очистителни и не се правят клизми!Това води до перфорация!

Гангренозните лезии :

- 1-во време- тромбоза
- 2-ро време- мнимо затишие
- 3-то време- перфорация и възобновяване на острите локални признаци.

Има форма на перитонити в две времена , която е особено тежка- тази на неразпознат абсцес, който руптурира в перitoneалната кухина. Абсцесите могат да бъдат латентни ,без температура.

В/ Перитонити в 3 времена

-1-во време- в началото – остра криза.Тя сякаш бързо се оправя за 4-5 дни- температурата спада,болките намаляват.

-2-ро време- температурата прогресивно се покачва , това е абсцесът.Но ако абсцесът не се разпознае, или negliжира, той може да се отвори в перитонеалната кухина и това е :

- 3-то време - генерализиран перитонит в три времена.

Ясно е , че грешката е забравянето на левкоцитозата, ректално туширане или отлагането на операцията .Има торпидни гангренозни абсцеси /те са силно пурулентни / –ретроцекални, мезоцекални или тазови и не може да съдим само по леко увеличената температура или умерената болка..

Диагноза на ретроцекалните апендицити

Много важно е да изследваме болния в легнало странично наляво положение и с бимануална палпация!

- ако дясната илиачна област е спокойна, изследваме назад, над криста илиака супериор, в дясна лумбална област.Болният трябва да бъде

изследван наклонен на лявата страна: веднага над илиачната криста и към задните инсерции на m.obliquus abdominis и m. transversus ще търсим:

- мускулна защита
- дълбоко подпухване
- остра болка, много ограничена
- пълно притъпление
- оточност на подкожието.

Анамнеза- има уринарни и генитални симптоми:

- често уриниране
- болка при уриниране
- ретенция на урината
- висока задна болка - лумбална, косто-вертебрална.
- тестикулярна болка
- хематурия

Има и торпидни, и псевдотуморни форми на апендицита.

Диагноза на тазовите апендицити

1. Ректално туширане

Ако не намерим абдоминален дефанс и ретроцекална болка, може да има в тазовото дъно пред ректума голяма колекция, развита за няколко дни и тя да руптурира.

2. Бимануална палпация.

Едната ръка се поставя лумбално, другата отпред илиачно- за да намерим ретроцекалните апендицити. Да намерим тазовите апендицити- трябва да се извърши ректално туширане , вагинално или комбинирането им с хипогастрална палпация.

Анамнеза:

- чести напъни за уриниране
- ретенция на урината
- дизурия
- слузен ректит.

Статус:

- липса на болка в дясна илиачна област
- ниска болка по средата на корема и към ляво
- контрактура – ниско долу, на малко протежение
- ректално туширане- остра, силна болка предректално/ точка на

Ротер/.Ректалното туширане ще установи ,че тези слузни ректити са често признак на пре-перфорация.Ще намерим- зеещ анус, задебелена мукоза, париетален оток до ануса, уплътнение.Много често има няколко абсцеса. Понякога тазовият апендицит протича под форма на чревна оклузия / когато е по- високо/.

Диагноза на мезоцекалния апендицит

Болката е по средата на корема, около пъпа ,често като илеус, когато притисне чревни гънки.

Перфорация на язва

А/

1. Обща честота- 10-12%.

А /Според локализацията:

- Дуоденалната е най-честа
- пилорна
- по малка кривина на стомаха

б/според пола- мъжете страдат по- често от жените.

в/ според възрастта—най- често между 20-50 години.

Може да бъде засегната всяка възраст- и деца, и старци.

2.Предшественици на заболяването

- в 30-90 % от пациентите имат оплаквания отпреди за язва/която е доказана или не /.

- без оплаквания преди това

3. Предизвиква се обикновено след травма , обилно ядене, но в много случаи- без

конкретна причина.Най- често перфорацията настъпва след обяд- между 16 и 20 часа.

Б/Симптоми на перфорирала язва

3 са главните симптома:

1. Внезапна , жестока болка високо в корема.

2. Контрактура на цялата коремна стена.

3. Определени стомашни предшественици

Има три фази:

I фаза- на шока

II фаза- лъжливо благополучие

III фаза- фаза на перитонита.

Симптомите се разпределят в две групи – главни и допълнителни:

-Главните симптоми са- болка, контрактура, стомашни предшественици

- Допълнителните- функционални, физически и общи.

1. Болката:

а/сила на болката

- внезапна жестока, като удар с нож, ”дяволска”.

- пациентът се превива на две, може да колабира от болка, вика.

- степени на тази болка- някои умират от нея, други стигат до самоубийство.

б/ локализация на болката:

- на стомашната язва- е в епигастриума
 - дуоденалната – в епигастриум, дясно подребрие, дясна илиачна област
- в/ ирадиация- към дясна илиачна област, при дуоденалните може и вляво. Други , по- редки локализации- клавикуларна , надключична, акромиална, скапуларна, интерспинална, към гръбначния стълб.Симптом на Олекер-болка в рамото. За да се появи този симптом- трябва контакт на колекцията с диафрагмата.

Понякога е двустранна.

2. Контрактура на коремната стена.

Коремът не участва при дишането, плосък, контрахиран.Контрактурата се явява още в началото, заедно с болката, тя намалява с прогресирането на перитонита и балонирането се увеличава, докато тя изчезва- към 10-12 час. В първите часове – контрактурата е над пъпа, локализирана или сегментарна, понякога обхваща цялата коремна стена, но нейният максимум си остава в епигастриума, в дясно подребрие или вляво.

Липсата на контрактура в първите часове е рядка / може да няма при дуоденална язва – дуоденалният сок е неутрален или алкален и е по- малко дразни/.Тя е причинена от рефлекторното дразнене на перитонеума от солната киселина .

3. Стомашни предшественици

а/ може да перфорира язва, латентна дотогава- това се случва в 1 от 10 случая.

б/ пациентът е имал преди гастритни оплаквания /болка след ядене, хематемеза, мелена, повръщане/.

Продроми- болки, придружени с гадене и повръщане , субфебрилно състояние.

Допълнителни / второстепенни /признаци

А/ Функционални признаци- анамнеза

1. Болката- вж по- горе.
2. Повръщания- те са ранни- от самото начало. Повръщанията са :
 - мукозни, жлъчни, хранителни
 - не много обилни/ според последното хранене/
 - 2-3 повръщания със средна обилност
 - По- чести са при дуоденалната язва, тъй като стомахът в този случай е интактен, той се изпразва чрез повръщане, докато при стомашната перфорация- стомахът се изпразва чрез перфорацията.
3. Хематемеза- рядко.
4. Стоп на газове и изпражнения- още от началото и не чака перитонита.
5. Жажда.

Б/ Физикални симптоми- локален статус

1. Оглед на корема

- коремът не участва при дишането
- под нивото на гръдния кош
- плосък, ригиден
- често при дуоденалната перфорация има балониране на левия долен квадрант

2. Палпация на корема

а/ болка- най- силна в епигастриума, в дясно подребрие или вляво, а по- късно по целия корем, като пунктум максимум си остава горе.

б/ Симптом на Блумберг- положителен.

в/ хиперестезия

3. Перкусия на корема

а/ чернодробното притъпление изчезва – в 60 % трябва да се различи от по-късното ,дължащо се на раздуването на колона при перитонита.

б/ притъпление във флантовете/ в резултат на излива/.

4. Ректално туширане- чувствителен Дуглас/ от излива/

5. Аускултация на корема

а/ гробна тишина в корема още от началото/ в резултат на чревна парализа/

б/ Hustin – описва три симптома при аускултация

- пропация на гръдни шумове до пъпа- сърдечни шумове
- перитонеално триене, свързано с наличие на ексудат/ подобно на плевралното триене между органите/
- шум, с метален отзвук, свързан с преминването на мехурчета през перфорацията.

Б/ Общи признаци

1. Шоково състояние- бледост на лицето, пот, студени крайници, инертност, температура, по- ниска от нормалната, слаб, учестен пулс. В 30 % от случаите- шок.
2. Пулс- в началото е леко забавен, по-късно се учестява.
3. Температурата – нормална или по- ниска.

Понякога перитонеалната болка се е успокоила- пертонитът се е локализирал- възниква **абсцес**- това става 1,2 ,3 или повече седмици след перфорацията .Симптоми:

- липса на апетит
- безсъние
- леки втрисания
- температурата става висока , осцилираща.
- левкоцитоза
- локализирана болка и локална мускулна защита.

Абсцесите биват:

- субфренични
- интеринтестинални- перигастрични, тазови.
- Рядко- интрависцерални/ черен дроб, панкреас,слезка/.

Абсцесите биват единични или множествени.

Клинични форми на перфорацията:

1. Типична форма- която бе разгледана по- горе.
2. Латентна перфорация- много рядка
3. Перфорация със слаба симптоматика.
4. Покрита перфорация- в началото има остра криза/перфорация/, след което бързо и фрапантно подобрение на състоянието и само се намират признаци на перитонеално дразнене в горния етаж на корема.Покритата перфорация трябва да се оперира!!

5. Задна перфорация:

а/ болка и контрактура в епигастриума

б/ ранно балониране в епигастриума

в / понякога епигастрална арка вляво

г/ подкожен емфизем – при ретроперитонеална перфорация на дуоденума

Според Lareyre- формите са следните :

- обща форма
- псевдоапендикулярна
- псевдоапендикулярна форма при дуоденална перфорация
- псевдоторакална форма/ при висока стомашна перфорация/- диспнея, бърза цианоза, скапуларна болка,тетанична диафрагма.

Ако болните не се оперират- настъпва смърт!

Диференциална диагноза на перфориралата язва:

1.Мускулен перитонит- рядко. По време на мускулно усилие- се получава болка в епигастриума, ригидност, но липсва шок, има респираторни движения.

2. Спонтанна руптура на m.rectus abdominis

3. Хематом на ректуса при чернодробно болни.

4.Колики-

- жлъчна
- бъбречна
- оловна
- 5. Спастичен колит.
- 6. Отравяния, интоксикации.
- 7. Амебен хепатит на левия лоб на черния дроб.
- 8. Пневмония, бронхопневмония, диафрагмален плеврит.
- 9. Илеус.
- 10. Мезентериална тромбоза.
- 11. Руптура на извънматочна бременност, на пиосалпинкс, на овариална киста
- 12. Хеморагичен панкреатит.
- 13. Други перфорации-
 - на стомашен карцином
 - чревна перфорация
 - перфорация на жлъчен мехур
 - на пептична язва на Мекелов дивертикул
- 14. Остър апендицит- перфоративен. Има три основни диференциално-диагностични белега:
 - болката е в дясно подребрие и епигастриума.
 - внезапността и жестоката болка.
 - наличие на гастралгични оплаквания в миналото на пациента.

Интраоперативна диагноза

1. Интраперитонеален излив- течност без мирис, понякога с жлъчка и газове, хранителни материи, алкохол в различно количество/според последното ядене/- понякога може да е незначителен и да ни заблуди, че няма перфорация.
2. Перфорацията:
 - а/ местоположение:

- най- често перфорациите на стомаха и дуоденума са предни.
 - По- рядко- задна- тогава има отток на малкото було!!
 - Скрита перфорация
 - Множествени перфорации
- б/ калибър-от глава на топличка до няколко сантиметра.

Перфорирани язви при децата

Перфорацията при децата има три клинични особености:

1. По- бърза еволюция- за 30-40 часа.
2. По- голяма честота на хеморагичните усложнения- хематемеза или интестинална и интраперитонеална хеморагия.
3. Конвулсивни явления.

Перфорация на язви на Мекеловия дивертикул

Мекеловият дивертикул е апендиксът на тънкото черво.

Мекеловият дивертикул има три основни форми:

1. Фиксиран за пъпа, отворен или не навън.
2. Фиксиран за друга точка на перитонеалната кухина или за вътрешни органи, или най- често към мезентериума.
3. Напълно свободен в коремната кухина.

Мекеловият дивертикул може по различни механизми и разнообразни клинични форми да предизвика лезии:

1. Илеус- всички видове.
 - притискане от фиксирания мекелов дивертикул.
 - Възли
 - Компресия на червото
 - Стеноза на червото
 - Торзия на червото

- Инвагинация на мекеловия дивертикул
 - Оклузии от възпалителен произход
 - По- сложни механизми
2. Възпаление- дивертикулит.
 3. Язви на мекеловия дивертикул
 - а/ кървене
 - б/ перфорация- перитонит

Клиника на язвата на Мекеловия дивертикул:

А/ Анамнеза

1. Чревна хеморагия- първостепенен признак
 - а/ появява се най-често без причина, може след травма, неподходящо ядене и др.
 - б/ кръв, примесена с изпражнения- кръвта е черна, с вид на шоколад, катран и др.
 - в/ количество- обилно
 - води до смърт.
 - до ослепяване
 - до тежка анемия

Може да бъде и оскъдно кървене.

г/ Едно или няколко кървения- последователно в няколко дни или през различни интервали/месеци/от време.

Кървенето на кризи и подновяване на кървенето са характерни!!

д/ кървенето може да се появи:

-без никакво предупреждение/ няма болка и неразположение/

- най- често някои явления го придружават или предшествуват:-
констипация и болки/без определен характер/- крампи, колики,
епигастрални болки, илиачни, дясна лумбална.

Друго кървене, освен чревното, това е кървене от пъпа! Ако при едно момче, имащо чревни кръвоизливи, останали необясними, редки или повтарящи се, се появи перфоративен перитонит, това е клинична картина, която не бива да се negliжира - трябва да се мисли за перфорирал улкус, по-специално на Мекелов дивертикул.

2. Болката- винаги е налице.

а/ местоположение :

- параумбиликална
- епигастрална вдясно
- ингвинално
- понякога с ирадиация към гърба.
- б/ характер: без яснота – крампи, колики във връзка с яденето, успокояваща се от яденето/ при други/.
- Понякога болката е слаба, бързопреходна. Друг път- интензивна.

3. Допълнителни симптоми:

а/ повръщане

б/ запек, диария

в/ тenezми

г/ нормална температура!

Б/ Локален статус

1. Оглед на корема- без особености.

2. Палпация-

- провокирана болка
- може да се палпира малка маса вдясно от пъпа

3. Ректално туширане- без особености.

В/ Ро изследване на корема- графия и ехография- с цел да се изключат други заболявания.

Г/ Усложнения на язвата на Мекеловия дивертикул

1. Тежка хеморагия
2. Перфорация и перитонит

Д/ Еволюция

Клинични форми на язвата на Мекеловия дивертикул:

1. Болезнени/ болкови /форми.
2. Хеморагични форми.
3. Перфоративни форми

а/ перфорация в свободната перитонеална кухина

б/перфорация в ограничено огнище или покрити перфорации.

Интестинална хеморагия, усложнена с перфорация- това може би е пептична язва на Мекелов дивертикул! Интестинални хеморагии, поспециално при младо момче ,могат да се дължат на язва на Мекелов дивертикул.

Ако не се лекуват навреме, те ще се усложнят с дифузен перитонит от перфорация на Мекеловия дивертикул или с тежка анемия!

Перитонити от билиарен произход

На нивото на жлъчните пътища перитонеалната инфекция може да се яви по 2 основни начина:

а/ чрез перфорация- перитонити чрез перфорация

б/ чрез пропация- перитонити чрез пропация.

А/ Перитонити чрез перфорация- клинични форми:

- Внезапна перфорация, явяваща се в пълно здраве
- Перфорация, явяваща се по време на литиазни кризи

- Перфорация в две времена
- „Подла” перфорация

1. Внезапна перфорация, в пълно здраве .

Анамнеза:

а/ по-често – при жените

б/ болката –

- по характер- жестока, ”удар със сабя”, разкъсваща както при перфорация.

- локализация-в дясно подребрие

- ирадиация – към гърба, дясно рамо, дясна илиачна област, по- рядко вляво.

в/ повръщане- не е нито веднага, нито постоянно.

г/ температура и пулс- в началото те може да са в норма, но по- късно- пулсът по-бързо се променя от температурата.

Статус:

д/ респираторна неподвижност на дясно подребрие

е/ силна палпаторна болка в дясно подребрие

ж/ контрактура на коремната стена в дясно подребрие

з/ иктер- рядко

Постепенно се появяват и признаци на генерализиран перитонит:

-дифузни болки

- генерализирана контрактура

- респираторна неподвижност на коремната стена

- болка в дугласовото пространство

- притъпление в десния фланг.

- стоп на газове и изпражнения

- лице с оловен цвят

- повишение на температурата

- тахипнея

По- късно се появява балониране на корема, хълцане, колапс.

2.Перфорация по време на жлъчна колика.

По време на жлъчна криза се явяват по- силни болки и внезапно изчезване на преди това опипващ се жлъчен мехур.

3.Перфорация в две времена.

Начална жлъчна криза- постепенно се успокоява- и отново силна остра болка в дясно подребрие, повръщане и всички описани по-горе признаци на перитонит.

4. Скрита перфорация

За диагнозата са важни:

От анамнезата:

- предшестващи оплаквания
- начална локализация на симптомите

От обективното състояние: топографско определяне на болката и контрактурата

Диференциалната диагноза- прави се с :

- хеморагичен панкреатит
- билиарен илеус
- остър флегмон на стомаха

Важно!!- Литиазно болните могат да имат 3 сериозни усложнения

1.Перфорация 2. Остър панкреатити 3. Билиарен илеус .

Б/ Перитонит без перфорация

Стената на жлъчния мехур може да изтънее, да стане порозна като гъба и да позволи да премине жлъчния сок .Причина за това е всеки стоп по пътя на жлъчните пътища:

- камък
- притискане
- некроза на стената

Интраперитонеална руптура на чернодробна ехинококова киста

1. Етиология на руптурата

а/ спонтанна

б/ при усилие- вдигане на тежест, коитус, танцуване, скачане.

в/ травма- удар, падане .

2. Клинични форми

а/ фулдрояантна/ мълниеносна/ форма- -води до бърза смърт от анафилактичен шок.

б/ бурна форма- среща се в 53% от случаите

- остра, внезапна, жестока болка в дясно подребрие или епигастриума, с чувство на вътрешно разкъсване/ „ сякаш нещо се излива в корема”/
- студена пот
- слабост
- колапс
- гадене, хълцане, повръщане на жлъчка
- генерализирана уртикария-може да се появи след няколко минути, след 1 или повече часа.

в/ лека форма-

При тази форма пациентите могат да знаят предварително за съществуваща киста. В даден момент:

- туморът в дясно подребрие изчезва
- липсва болка и даже чувстват облекчение
- уртикария !

Остър флегмонозен гастрит

I. Етиология

А/ 1. Първични / идиопатични/ - при тях не се знае етиологичният фактор

. Те са най-чести .Причина за тях е :

- травма
- алкохолизъм- в 50-90 % от случаите.

Хроничният гастрит е добър терен за развитието на флегмон.

2.Вторични флегмони. – появяват се от :

-на стомаха/ язва, карцином, хирургическа интервенция/

- лезия в съседство-на хранопровода

3.Метастатични флегмони- след скарлатина, ерзипел, следродова треска, остеомиелит на тибията.

Б/ Причинители са Streptococcus , по-рядко Staphylococcus

II. Патоанатомия

Според Finserer:

1. флегмонозен супуративен гастрит – по-често

а/ дифузна форма- /налага тотална гастректомия/

б/ ограничена форма / широка резекция/

2. Абсцедирал гастрит

а/ стомахът – уголемен, ригиден, с удебелени стени, спонгиозен,

желатиформен.Понякога стените са толкова удебелени, че кухината е

много стеснена, прилича на матка, особено изразено в областта на пилор и

малка кривина.Промените са най-изразени в субмукозата/ до 5 пъти е

удебелена/- възпалителни промени : инфилтрация, гнойна колекция.

Скоро от интрамурална вирулентната инфекция обхваща

перитонеума, възниква хиперсекреторен стрептококов

перитонит.Настъпват промени в голямото и малко було- те стават оточни!

III. Клинична картина:

- в $\frac{3}{4}$ от случаите се засягат мъже.
- Най- често алкохолици!

Началото е внезапно и бързо се влошава! Рядко има продроми. В началото , първият ден – оплакванията са предимно от стомаха, а промените/от клиничния преглед/- в епигастриума. Общите симптоми са сериозни. На следващия ден има вече симптоми на тежък генерализиран перитонит.

От Анамнезата:

1. Болка:

- в епигастриума , в ляво подребрие
- разпространява се към ляво подребрие и гърба, понякога към хипогастриума.
- По характер – жестока болка, изгаряща, разкъсваща.

2. Повръщане – има хранителни , жлъчни , рядко кървави, още по- рядко гнойни. Повръщанията са многократни, чести. Има постоянно гадене.

От обективното състояние:

3. Общото състояние – е тежко!!

- температурата е висока- 39-40 градуса.
- пулс- 120-140 уд./ мин., малък, филиформен.
- пациентите са в прострация

4. Корем:

а/ оглед- през първия ден-леко балониран корем в горна коремна половина, леко ретрахиран в долната част. Болният страда повече легнал, отколкото в седнало положение. През втория ден- дифузен перитонит.

б/ палпация на корема:

- силна болка в епигастриума
- мускулна защита.

5. Левкоцитоза

Според протичането има следните форми:

- 1.Фудроаянтна форма- развива се за няколко часа и смърт!
2. Остра форма- за 3- 4 дни и смърт
3. Подостра-12-13 седмици.

ДРУГИ ОСТРИ ПЕРИТОНИТИ

I. Проста язва на тънкото черво

1.Етиология:

- сифилис
- ектопична стомашна лигавица

2.Клинична картина

Перфорацията е усложнение на язвата и първи сигнал за нея.

- налице е дифузна болка в корема
- диария
- -дискретна хеморагия
- Локализирано балониране

На- често язвата е в областта на илеума!

II. Перфорация на сигмоидното черво.

1. Етиология:

- проста язва
- карцином
- дивертикул
- гангренозен сигмоидит
- чуждо тяло
- парзити/ амеби/
- Рентгеново изследване с бариева каша
- Ректоскопично изследване

Предоперативно трудно може да се докаже източника на перитонита от този тип.

III. Перитонити от бъбречен и околобъбречен произход.

1. От пикочния мехур:
 - като усложнение на свръхостри инфекции на пикочния мехур
 - литиаза
 - ретенция
 - карцином
 - грубо изследване
2. От пиело-ренален произход:
 - пионефрза
 - супурирал пиелонефрит
 - абсцес на бабрека
 - тумор на бъбрека
 - периренални супурации.

IV. Други по- редки перитонити:

- по време на лимфогрануломатоза
- перитонити от пневмобацили
- спонтанна перфорация на ректума на нивото на Дугласа
- перitoneални усложнения при таксис
- руптури в перитонеалната кухина при псоит
- актиномикотични перитонити.
- руптура на йеюнален дивертикул.

КОНТУЗИИ НА КОРЕМА

Травмата на корема може да убие болния:

1. За няколко минути настъпва шок или скоростна хеморагия!

2. За няколко часа –болният може да загине от по- бавен вътрешен кръвоизлив

3. За 24-48 часа пациентът загива от:

- генерализиран перитонит
- кръвоизлив в две времена- може да се получи 2-3 седмици след травмата

При травма на корема има – шок, вътрешен кръвоизлив и перфорация
А/ Шок

1. Етиология- удар , силно падане, рязко и силно физическо усилие, притискане.

2. Клинична картина.

- пулс- учестен, филиформен.
- бледа кожа и видими лигавици
- студени крайници

Б/ Вътрешен кръвоизлив – от руптура на черен дроб, слезка , мезентериум.

-Пулс- малък, филиформен,учестен

- температурата е ниска

.- бледост на кожа и лигавици

- кръвното нлягане пада
- студена пот
- Корем- при палпация- болезнен, лека контрактура.При перкусия- притъпление във фланговете.Туше ректал- установява болка.
- При руптура на слезката има- симптоми на вътрешен кръвоизлив и симптом на Олекер/ болка в лявото рамо/.

В/ Перфорация – има 3 групи признаци

1. Заблуждаващи:

а/ температурата- може да е в норма

б/ повръщане- при контузия само на стената – повръщане, може да има тежка лезия- и тя да е без повръщане!!!

в/ фациес- може да е нормален.

2. Непостоянни симптоми:

а/ болка

б/ ентерорагии

в/ метеоризъм

г/ тимпанизъм, прехепателен соноритет.

д/ учестен пулс

3. Най- важният симптом е контрактура на коремната стена!!

- неподвижност на диафрагмата

- респираторна неподвижност на корема.

Клинични форми на травмите на корема

I. Латентни форми при :

1. Късна хеморагия

2. Покрита перфорция

3. Мезентериална лезия- представя се в 3 форми.

а/ По типа на вътрешен кръвоизлив

б/ По типа на перфорация

в/ латентен тип- проявява се след известен интервал от време след травмата.

Диагноза на травмите:

1. Анамнеза

- спонтанна болка

- повръщане

- газове и изпражнения

- микция

- време на травмата

- увреждащ агент
- 2. Общо състояние
 - а/ фациес- състояние на шок
 - б/ пулс- учестен
 - в/ кръвно налягане- ниско
- 3. Корем-
 - / рани – ако има такива – характеристика на раните
 - б/ оглед на корема – неподвижност
 - в/ палпация-
 - палпаторна болка
 - контрактура
 - г/ перкусия
 - изчезва чернодробното притъпление
 - притъпление в декливни места
 - д/ Туше пер ректум- болка в дугласа
- 4.Ро – изследване
- 5. Лапароцентеза
- 6.Преглед на гръдния кош.
- 7.Катетеризация ва пикочен мехур.

РАНИ НА КОРЕМА

А/ Непроникващи.

Б/ Проникващи/ нарушена е целостта на париеталния перитонеум/

1.Без увреда на вътрекоремни органи

а/ без увреда

б/ без увреда на вътрекоремни органи, но с травматична херния

3. С увреда на вътрекоремни органи.

а/ увреда на кух орган- перфорация – перитонит

б/ увреда на паренхимен орган- кръвоизлив- единични или няколко органа едновременно.

ИЛЕУСИ

При илеуса има три групи признаци

I. Начални признаци:

- болки
- повръщане

II. Главни:

- стоп на газове и изпражнения
- метеоризъм с перисталтизъм

III. Асоциирани признаци:

- общи
- локални, с по- малко значение

Още:

I. Симптоми от анамнезата/ функционални признаци/

II. Симптоми от статуса/ физични признаци/

III. Общи признаци

Функционални признаци/Анамнеза /

A/Болка- един от първите признаци

- характер на болката - остра, разкъсваща, води до студена пот, рядко до синкоп
- локализация- в началото е локализирана, по-късно обхваща целия корем.
- интензивност- болката не трае през цялото време.Тя е на интервали , на кризи.

- При напредване на заболяването настъпва успокояване на болката/ поради парализа на чревните мускули/ и настъпва гангрена.”Когато болният се чувства най-добре, той всъщност е най-зле” .

Б/ Повръщане-

а/ то се появява заедно с болката или по-късно.

б/ в началото повръщането е храна, по-късно жлъчно съдържимо, най-късно- фекалоидни материали. Те са късен и тежък признак, който не трябва да се чака. По-скоро това е не е признак на болестта, а признак за приближаваща смърт!

в/ интензивност- според мястото на стопа е и неговият характер.

- обилни, чести, постоянни повръщания – при висок илеус
- повръщанията може да липват или да има само гадене/ при илеус на дебелото черво/.

В/ Спиране на газове и изпращания

- при висок илеус може в началото да има отделяне на газове и изпращания
- при билиарен илеус- това е на интервали.

Общи признаци от първия ден:

Те са добри:

1. Температурата е нормална.
2. Пулс- 70-80, пълен.
3. Едва доловима диспнея и олигурия.
4. Фациес- добър, леко разтревожен от болката.

Но тези признаци не трябва да успокояват. Това е груба грешка, ако се успокоим от добрия пулс, температура, фациес.

Физически признаци/локален статус/

1. Оглед на корема- има два основни признака- метеоризъм и перисталтизъм.
 - а/ метеоризъм или балониране на корема- трудно се открива при пълни, тлъсти хора.
 - балонирането не се явява още от самото начало- едва в 1/3 от случаите то е в началото.
 - балонирането може да обхваща- целия корем, изолирано/като арка/, тънко черво, дебело черво, висок, т.е. централно или латерално, общо разтегнат или като в рамка.
 - може да бъде променливо
 - б/ перисталтизъм -законът на Stokes: „Възпалението на серозата парализира подлежащия мускул, другият закон е -,„Който казва перисталтизъм, казва запушване.”
2. Палпация на корема.
 - а/ еластична резистентност на нивото на балонирането.
 - б/ липсва мускулна контрактура
 - в/ пръски, хидро-аерични звуци в центъра или в края на балона.
3. Перкусия на корема:
 - тимпанизъм!
 - Понякога зона на притъпление- поради вътречревен излив
4. Аускултация на корема
 - металично звънтене с високи тонове, дължащо се на газовете и течности, които се движат в тясно тръбно пространство.
 - чуват се през коремната стена предадени сърдечни шумове.
5. Ректално и вагинално туширане- може да се опипа:
 - глава на инвагинат
 - волвулус на колона
 - билиарен камък
 - тазова колекция

- тумор
- метастази в тазовото дъно

6.Ро- графия

7.Кръв, урина.

Диагноза за мястото на запушването:

1. Началната болка и фиксираната болка дават малка информация
 - умбиликална болка- касае е се за оклузия на нивото на тънкото черво
 - сакрална- за сигмата
2. Повръщане:
 - по-обилни, чести- при илеус на тънко черво, те са и фекалоидни.
 - Рядкост, дори липса при нисък илеус на дебелото черво
3. Кървава диария- признак на инвагинация
 - оскъдна- при илео-илеална.
 - по- обилна – при илео-колична и коло-колична.
4. Уринарни признаци.

Колкото по-високо е стопът, толкова по- малко урина се отделя/олигурия/.

5. Балониране на корема:
 - най- голяма при волвулус на колона.
 - Най-малка / най-вече епигастрално/ - при висок иеюнален илеус.

Локализирано балониране!

6.Псевдоасцит, периумбиликално пликкане.

Синдром на Koening- състои се от 4 симптома:

- болкова криза
- хиперперисталтизъм
- музикални шумове
- диаричен и газов разгром

Диагноза за характера на илеуса

I. Странгуляционен илеус.

Анатомично :

а/ локализиран метеоризъм от разтягането на странгулираната гънка

б/ исхемична парализа на тази странгулирана гънка

абсолютна неподвижност, липса на перисталтизъм

Клинически:

Асиметрия на корема

локализирана резистност

В тази категория група спадат:

1. Волвулус, възлообразуване, торзиране около мезентериалната ос.

2. Притискане на една гънка от брид, дивертикул.

3. Инкарцерация на гънка в преформирани отвори

4. Инвагинация

II. Обтурационен илеус

Анатомично:

а/ метеоризъм над препятствието
резистност при

дифузно разтягане

Клинически:

а/ маркирана асиметрия и

оклузиите на дебелото черво,

при оклузия на тънкото черво

б/ няма явно смущение на циркулацията
перисталтизъм

б/ видим или палпиращ се

в/ хипертрофия на мускулатурата над препятствието при клиничните

в/ много изразен перисталтизъм

форми

Диагноза според възрастта на болния

Илеуси при кърмачета

Има много причини

А/ Вродени илеуси- още в първите дни след ражданет се проявяват.

- неперфорирано анално отвърстие
- хипоплазия
- перитонит и бридове
- атрезия с единична оклузия/ мембранозна оклузия/
- множествени оклузии/многостъпални стенози/
- комплексни оклузии/париетални тумори,
- компресия

Б/ Инвагинация- при по-големи кърмачета

При децата – има три основни причини

А/ Инвагинации

Б/ Апендицит

В/ Туберкулозен перитонит

При възрастните- има 3 главни причини

А/ Обтурация

Б/ Заклецоване

В/ Волвулус

Най- често:

1. Волвулус на сигмата

2. Волвулус на тънко черво

3. Волурус на цюкума

4. Върешни хернии:

- Ретроцекални

- Хернии на отвора на Winslow

5. Инвагинацио

6. Карцином

7. Мекелов дивертикул

8. Остър улцерозен колит.

9. От генитален произход

По- рядко:

10. При гладували хора- изчезва мазнината по мезото и това благоприятства торзиото.

11. При преяли хора- остър паралитичен илеус

12. Чужди тела- костилки, др.

13. От натрупване на глисти/аскариси/.

При старци:

1. Карцином
2. Билиарен илеус
3. Волурус на сигмата
4. Остър апендицит
5. Заклещена диафрагмална херния

При бременни жени:

- Волурус
- Инвагинация

- Диафрагмални хернии
- Вътрешни хернии

Постоперативни илеуси

Биват ранни и късни.

А/ Ранни следоперативни- появяват се на 2-3 ден след оперативнатата интервенция.

1. Остра стомашна дилатация

2. Механичен следоперативен илеус.

- дрен
- брид
- кордон
- херния в мезото на епиплоичен прозорец

3. Ретроградна инвагинация

Б/ Късни- това е типът на тежък илеус от брид. Проявява се месеци или години след операцията.

Инвагинации

Остра инвагинация при кърмачета

I. Етиология и честота

1. Честота

- при малки кърмачета- между 5 и 9 месеца
- здрави.
- момченца – по- често от момиченцата.
- по- чести в някои страни.

2. Етиология

- внасяне на нова храна
- чревни лезии- полипи, ентерити, туберкулоза.
- очистителни

- апендицит
- Мекулов дивертикул

II- Клинична картина.

A/ Анамнеза-Началото е внезапно, драматично, ужасно, в пълно здраве.Оплакванията са на кризи- детето плаче, стене, побледнява!Тези периоди се редуват със спокойни интервали /детето се смее,спокойно е, нищо му няма/

1. Болка е първи призивак

- Тя е интермитентна!
- Детето е присвието от ужас и страдание
- Свива крачетата
- Болката е придружена от побледняване!

Коликите изтощават детето. Между кризите то заспива, играе ,смее се/ като здраво/.

2. Повръщане- - то е на втори плана.

- повръща мляко, жлъчно съдържимо
- не са обилни повръщанията
- не са чести
- никога не са фекалоидни
- може да липсват .

Детето отказва да суче, отказва биберона!

3. Запек-не винаги е изразен или има диария.

4. Чревна хеморагия - основен признак.

- умерено кървене- най- често по пелените има кървениста слуз, самостоятелно

или с изпражненията, или при ректално туширане.

- най- често по време на кризите
- в началото- черна кръв, после червена.

При ректалното туширане- на върха на ръкавицата има кръвениста слуз!

Б/ Обективно състояние.

1.Общо състояние

По време на криза:

- детето е неспокойно, мята се , стене,бледо е!
- Пулсът е леко учестен
- Кръвно налягане – в норма

Извън кризите – детето е като здраво.

2. Локален статус:

а/ Оглед на корема- коремът участва при дишането.

б/ Палпация- по време на криза е трудно да се палпира корема, това е възможно при успокояване на детето.

Опипва се тумор с форма на колбас!:

- не е много болезнен
- в дясно подребрие, в ляво подребрие или в епигастирума.
- понякога при анестезирано дете едва може да се палпира
- твърд, но тестоват, променя си формата при палпация
- Стимптом на Dance-празна дясна илиачна област.

Или :

- Началото – внезапно, като „гръм от ясно небе”
- Интермитентни и тежки болкови кризи
- Чревна кървене/ чревен епистаксис/
- Тумор като колбас

„ Викове, възбуда, кървави изпражнения = ИНВАГИНАЦИЯ”

„ Внезапни храносмилателни смущения + кървене от ануса = инвагинация”

„ Пароксизмални коремни интермитентни болки + повръщане + колбасовиден тумор = инвагинация”

Важно в диагнозата е рентгеново изследване!!

Инвагинация при по- големите деца

Симптомите са същите както при кърмачетата, но:

- **протича по- бавно- вместо за 2-3 дни – се развива за 1,2,3 седмици.**
- **Симптомите са дистанцирани един от друг**

Инвагинация при възрастните

Инвагинацията при:

- **кърмачета е остра/2-3 дни/ и свръхостра/ 24 часа/**
- **децата- подостра / 2-3 седмици/**
- **възрастните- хронична/ седмици, месеци/**

Клиниката при възрастни е както при децата , но по- забавена.

Клинични форми:

- 1. По типа на инвагинацията при децата**
- 2. По перитонитен тип.**
- 3. По типа на илеуса.**

Инвагинацията може да бъде ретроградна- при нея може да липсват кървави изпражнения.

Волвулус на сигмата

I. Честота:

- възраст- над 40-50 години.
- пол- мъжете се засягат по-често от жените.
- има тенденция към рецидив

II.Етиология

1. Карцином
2. Дълго мезо
3. Обилна целулозна и груба храна.
4. Усилена перисталтика

III.Форми- :

- остра
- подостра
- рецидивираща

III. Клинична картина

A/ Анамнеза-обичаен запек от дълго време,чести колики- преди това

Симптомите :

1. Началото- бурно, внезапно или постепенно.
След 3-4 дни продроми се появява колики, гадене, дизентерийни изхождания.
2. Болка :
 - остра, внезапна
 - по- силна или по-слаба
 - без ясна локализация
3. Липсва повръщане или то се появява много късно.Повръщанията са хранителни, жлъчни, никога фекалоидни!
4. Абсолютен стоп на газове и изпражнения!

Б/ Обективно състояние

1. Общо състояние- сравнително добро!
 - пулс- 80-90 уд./ мин.
 - Леко суховат език

2. Локален статус- на корема:

а/ оглед:

- метеоризъм, балониране на корема- значителен, увеличава се, коремът има коса деформация, асиметричен!
- Симптом на Wahl/ при волвулус/- локален метеоризъм!
- Неподвижност на волвираната гънка
- При някои има перисталтизъм.

б/ палпация на корема

при палпация волвираната гънка е твърда/т.е. където е балонирането/.

При ректално туширане:

- ректалната лигавица е оточна
- ректална непоносимост към клизмите- водата се връща веднага!

в/ перкусия на корема- тимпанизъм.

Или при волвулус на сигмата има „Изразен метеоризъм, водещ до асиметрична деформация на корема, правец корема наклонен, тимпаничен и твърд!”

III. Ро на корема

Волвулус на цъокума

I. Анамнеза

1. Запек и кризи на субилеус.
2. Началото е внезапно или постепенно, както е било при предишни кризи.
3. Болка:
 - остра, жестока
 - умбиликална, периумбиликална или субхепатална
 - дифузна , продължителна и после на различни интервали, усилена от пароксизми
4. Повръщане:

- от самото начало
- обилни
- зеленикави, по- късно фекалоидни

5. Абсолютен стоп на газове и изпражнения.

II. Обективно състояние

Общото състояние – в началото е сравнително добро, от 2- 3 ден се влошава.

A/ Оглед на корема

1. Локализиран метеоризъм- транзверзален или кос, по- често изпъкнал централен метеоризъм, периумбиликален, с максимум над пъпа или под пъпа.

2. Перисталтизъм- рядко.

Начало – тонична фаза- атонична фаза- токсемична фаза.

Б/ Палпация на корема

1. Палпаторна болка- в дясна илиачна обласхт

2. Сегментна контрактура.

В/ Перкусия- тимпаничен соноритет на нивото на балонирането.

Волвулус на тънко черво

I. Честота

- пол- мъжете по- често боледуват от жените.
- възраст- при юноши във връзка с апендицит, при възрастни във връзка с хернии.

II. Честота-

- бридове
- аскариси
- билиарен илеус
- инвагинации

III. Клинична картина

А/ Анамнеза

Началото е остро, внезапно, жестоко!

Усилие, обилно ядене, очистителни средства- могат да помогнат за появата.

1. Болка- първи признак
 - тя е брутална
 - в началото локализирана, по- късно дифузна.
 - Превертебрална, дълбока
 - на кризи

2. Повръщане- винаги го има!

- от началото
- обилни
- могат да са фекалоидни или кръв.

3. Стоп на газове и изпражнения.

Б/ Обективно състояние.

Общото състояние- бързо се влошава.

Локален статус:

1. Оглед на корема
 - балониране- в началото локализирано, по- късно централно!
 - Перисталтизъм- не винаги.

2. Палпация

- не винаги асцитен излив
- палпаторна болка над пъпа.

Балониране на корема/ Von Wahl/

Провокирана болка/Thevenard/

Серо-хеморагичен излив/Delbet/

Или при волвулус на тънкото черво има „Балониране, което бързо се развива, значително, почти винаги централно, перумбиликално, много често остър асцитен излив, болезнена точка над пъпа и най-накрая тимпаничен метеоризъм, понякога с перисталтика.”

Билиарен илеус

1. Пол – по-често жени.
2. Възраст- след 40-50 години.
3. Предшестващи – жлъчни колики, като последната е спряла внезапно или е настояща.
4. Чревна оклузия, често с прогресиращо начало, с перисталтизъм.
5. Повръщания на пристъпи- жлъчни, после стеркорални.
6. Тумор- много твърд, чието местонахождение варира.
7. Болка – интермитентна и мигрираща, по-късно се локализира в дясна илиачна област.
8. Редуване на пълен стоп на газове и изпражнения с непълен /субилеус/.

Признаци, характерни за билиарния илеус:

1. Преместване на болката, която се движи заедно с конкремента и се фиксира в дясна илиачна област.
2. Внезапно и масивно изпразване на червата.
3. Може да има стомашна и чревна хеморагия.
4. Откриване чрез палпация на много твърд /като камък/ тумор.
5. Капризен, осцилиращ характер на този илеус- на кризи/ и болката, и повръщането, и стопа на газове и изпражнения/.

Форми на билиарния илеус:

- свръхостра
- етажни форми

- неопластични форми
- рецидивна форма

Остър корем по време на пурпура на Schonlein- Henoch

I. Честота

1. Пол- мъжете се засягат по – често.

2. Възраст- това е заболяване най- вече при децата/ рядко кърмачета/, при юноши.

Малките интарабдоминални хеморагии, които следват или може да предшестват кожния обрив или да съществуват без него, са главно обикновени петънца. Но тяхното сливане може да ги групира в хематом: той може да бъде повече ли по- малко голям, понякога доста тежък, за да представлява един вид чуждо тяло, тумор, глава на инвагинат. Понякога е доста копресиращ, за да се усложни с некроза и чревна перфорация. Тези лезии преобладават в терминалния илеум, в дясната илиачна ямка.

Приликата с апендицит или негова перфорация са налице.

3 основни симптома:

- болка
- повръщане
- мелена

Те могат да се явят :

- след кожния обрив/ в 2/3 от случаите/
- преди него
- без него

Клиничните форми са :

1. Типичен болкови абдоминален синдром

При юноша, момче се явяват ставни болки с лек оток, след това пурпурен обрив на лакътя, на коляното.

След това се появяват :

- интензивни коремни болки.
- хранителни и жлъчни повръщания
- мелена или кръвениста слуз.

2. Абдоминален синдром от перитонеална пурпура- апендикулярен тип- локализирана болка и контрактура, повръщания, тахикардия, няма кожни симптоми, наподобяващи пурпура.

3. Остър абдоминален синдром на пурпура и инвагинация- има същата симптоматологична триада като при пурпура и инвагинация- болки , повръщане, кървави изпражнения.

Тук е въпросът е дали се касае за:

- инвагинация
- пурпура
- пурпура, усложнена с инвагинация.

4.Абдоминален синдром на пурпура и чревна перфорация- когато пурпуричните хематоми се комбинират със сфацели и по- късно гангрена.

5.Пурпуричен абдоминален синдром и язва на Мекелов дивертикул.

-единични

Травми на корема - съчетани

-МНОЖЕСТВЕНИ

А/Открити

**/нарушена е целостта на кожата/
кожата/**

Б/Закрити

/не е нарушена целостта на