

Мирон Н. И.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕНИСТОЙ ТИМПАНИИ У КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2009/5/36.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2009. № 5 (24). С. 92-94. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2009/5/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

Список использованной литературы

1. Башкиров Б. А. Лимфатическая система вымени коров и направленное введение в неё антибиотиков: автореф. дис. д.в.н. Ленинград, 1968. 34 с.
2. Григорьев В. П. Лимфатическая и кровеносная системы половых органов самок крупного рогатого скота, маралов, пятнистых оленей и яков: автореф. дис. ... д.в.н. Ленинград, 1972. 32 с.
3. Мирон Н. И. Лечение послеродовых метритов у коров // Ветеринария. 1972. № 2. С. 42-44.
4. Мирон Н. И. Лимфатическая система молочной железы коров при патологии: автореф. дис. ... к.в.н. Ленинград, 1973. 16 с.
5. Gerota D. Über Lympfscheiden des Auerbachschen Plexus myentericus der Darmwand. Sitzb. // Ber. D. Preuss. Akad. D. Wiss. 1896. Bd. 33. S. 48-49.

СПОСОБ УДАЛЕНИЯ ПЕСКА ИЗ СЕТКИ У КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

*Мирон Н. И.**Горно-Алтайский государственный университет*

При руменотомии - вскрытии рубца у крупного рогатого скота в сетке помимо типичных инородных тел - гвоздей, кусков проволоки, стекла, веревок у старых животных нередко обнаруживают геоседимент в виде песка [1, 3, 4, 5, 6]. Последний обязательно следует удалить, так как в последующем у пациента могут возникнуть осложнения: пролежни, язвы, некроз слизистой оболочки сетки и, как следствие, нарушение моторики и эвакуаторной функции преджелудков, что представляет угрозу здоровью и жизни животного. Однако во время данной манипуляции возникают известные технические трудности, связанные с тем, что извлекать песок одной рукой весьма неудобно, и часть его всё-таки остаётся в сетке. А это означает, что в отдалённый период после операции не исключён рецидив заболевания, и животному потребуется повторное хирургическое вмешательство.

В своей клинической работе при вскрытии рубца у крупного рогатого скота (по различным показаниям) находящийся в сетке песок удаляем не рукой, а пластилином (Удостоверение на рацпредложение № 12, выданное Мирону Н. И. Горно-Алтайским госуниверситетом 19.04.1997 г.). Для этого берут пластилин детский, подогревают до температуры 25-30°C и скатывают в шарик размером 10 x 10 см.

Техника удаления песка из сетки. Пациента фиксируют в стоячем положении. После проводниковой анестезии брюшной стенки по Башкирову делают лапаротомию по Магда - паракостальный разрез длиной 18-20 см. Фиксацию рубца осуществляют по способу Мирона [5].

Затем в полость сетки вводят руку и сначала извлекают крупные инородные тела. Для удаления песка пластилиновый шарик многократно прижимают к слизистой оболочке дна сетки, в результате чего песок полностью погружается в пластилин.

В заключение пальпаторно проверяют пищеводный желоб, вход в книжку и рубец - нет ли и там инородных тел. Далее зашивают рубец серозно-мышечными швами - «ёлочкой» и по Плахотину, а на разрез брюшной стенки накладывают непрерывные швы по Ревердену: первый на брюшину, поперечную фасцию и поперечную мышцу, второй - на косые мышцы живота. Узловатым швом соединяют кожу с подкожной клетчаткой и поверхностной брюшной фасцией. Послеоперационное лечение симптоматическое. Швы снимают через две недели.

Удаление песка из сетки при руменотомии с помощью пластилина провели у 2 быков и 8 коров симментальской и чёрно-пёстрой пород, в возрасте от 5 до 10 лет. Осложнений не наблюдали. Заживление раны происходило *per primam intentionem*. Во всех случаях наступило выздоровление.

Считаем, что удаление песка из сетки при вскрытии рубца у крупного рогатого скота с помощью пластилина предельно просто, безопасно и эффективно. Надеемся, что предложенная новация не останется без внимания ветеринарных врачей-хирургов, работающих в условиях производства.

Список использованной литературы

1. Веллер А. А. Абдоминальные операции / А. А. Веллер, П. И. Панкрев. Ленинград, 1970. 86 с.
2. Кочмар А. Г. Абдоминальные и другие операции у крупного рогатого скота: автореф. дис. ... к.в.н. Тарту, 1972. 16 с.
3. Кузнецов Г. С. Хирургические операции у крупного рогатого скота. Л.: Колос, 1972. 296 с.
4. Магда И. И. Оперативная хирургия. М.: Агропромиздат, 1989. 348 с.
5. Мирон Н. И. Способ фиксации рубца при руменотомии // Актуальные проблемы ветеринарии: материалы международной конференции. Барнаул, 1995. С. 174-175.
6. Петраков К. А. Оперативная хирургия с топографической анатомией животных. М.: Колос, 2000. 364 с.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕНИСТОЙ ТИМПАНИИ У КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА

*Мирон Н. И.**Горно-Алтайский государственный университет*

Пенистая тимпания - заболевание жвачных, возникающее вследствие скармливания большого количества кормов, богатых белками (клевер, люцерна, люпин, горох и др.). В результате в преджелудках образу-

ется гомогенная масса из кормов и газов. Прокол рубца при данной патологии противопоказан, так как содержимое органа через пункционное отверстие может попасть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины - перитонит [1]. Поэтому сначала проводят консервативное лечение: (промывание преджелудков большим количеством воды через пищеводный зонд плюс глубокие клизмы), а если такая помощь неэффективна, то прибегают к оперативному вмешательству - руменотомии [1, 2, 3]. Между тем диагностика и техника операции при пенистой тимпании у крупного рогатого скота разработаны недостаточно [4]. В этой связи в данной публикации делимся своим опытом оказания врачебной помощи животным.

Диагностика. Для пенистой тимпании характерны следующие симптомы: общее состояние средней тяжести, аппетита и жвачки вялые или отсутствуют, гипотония преджелудков. Температура тела, пульс и дыхание - в пределах физиологических показателей. Живот увеличен в объёме, левая голодная ямка сглажена. При перкуссии брюшной стенки тимпанический звук отсутствует. При глубокой пальпации констатируют: рубец безболезнен, мягкой консистенции (как будто заполнен ватой). Ректальным исследованием устанавливают, что верхний каудальный слепой мешок рубца заполнен кормовыми массами, чего нет при газовой тимпании.

Консервативное лечение. Животное укрепляют в стоячем положении и производят надплевральную новокаиновую блокаду по Мосину - по 100 мл 0,5% раствора новокаина в последнем межреберье справа и слева. Для релаксации анального сфинктера и максимального освобождения толстого кишечника с помощью клизмы выполняют низкую эпидуральную сакральную анестезию - 5-7 мл 2% раствора новокаина или лидокаина.

После этого пищеводный зонд смазывают вазелиновым маслом и вводят в рубец. При этом содержимое органа иногда фонтаном выделяется наружу. Как только выделение кормовых масс прекращается, начинают промывание полости рубца. Для этого через воронку и зонд вливают 5-10 литров воды и, сдавливая живот с двух сторон, вытесняя жидкость с рубца. И так делают несколько раз, пока из зонда не будет выделяться только вода. Здесь главное - максимально кормовые массы - источник пено- и газообразования.

Дополнительным лечебным приёмом является глубокая клизма - введение в прямую кишку 2-4 литров теплой воды из кружки Эсмарха или, что эффективнее, - через дармтампонатор.

В тех случаях, когда применение пищеводного зонда невозможно из-за стоматита, воспаления глотки или сужения пищевода, а клизма не оказывает положительного действия, то немедленно делают руменотомию и удаляют содержимое рубца через операционную рану.

Обезболивание. Производят паралюмбальную анестезию по Башкирову - по 40 мл 2% новокаина для последовательного выключения последнего межрёберного, первого и второго поясничных нервов. Для профилактики шока и перитонита показана двусторонняя надплевральная блокада по Мосину - по 100 мл 0,5% раствора новокаина. Ценность указанной блокады ещё и в том, что она существенно дополняет анестезию брюшной стенки.

Подготовка операционного поля. Волосы удаляют видоизменённой безопасной бритвой «Консул» (Удостоверение на рацпредложение № 28, выданное Мирону Н. И. Горно-Алтайским госуниверситетом 21.04.2002 г.). Кожу вытирают насухо ватой, после чего дважды обрабатывают 5% спиртовым раствором йода или перкутаном.

Техника операции. Разрез кожи длиной 20-22 см делают параллельно последнему ребру, отступив от него на 5 см назад и на ширину ладони вниз от поперечно-рёберных отростков поясничных позвонков. Далее рассекают подкожную клетчатку, поверхностную фасцию, наружную и внутреннюю косые и поперечную мышцы живота. Поперечную фасцию и брюшину сначала разрезают скальпелем на протяжении 3-4 см, а затем под контролем пальцев удлинняют ножницами в направлении углов кожной раны.

Фиксация рубца по Мирону. В рану выводят латеральную стенку органа в виде складки длиной высотой 10-12 см и 20-22 см, на основание которой надевают резиновую пластину с овальным отверстием в центре размером 10 x 20 см. Затем на складку накладывают оригинальный винтовой зажим (Удостоверение на рацпредложение № 15, выданное Мирону Н. И. Горно-Алтайским госуниверситетом 07.07.2001 г.). Далее складке рубца придают горизонтальное положение и на середине сначала разрезают скальпелем на длину 2-3 см и удлинняют ножницами вверх и вниз, не доходя до зажима винтового на 5 см. После этого рану рубца раскрывают ранорасширителем М-49, снабжённым тремя зеркалами. Нижний угол раны захватывают зажимом окончатый Израэльсона. Далее кровоостанавливающим жгутом Эсмарха, перебрасывают через поясницу пациента и соединяют: цепочкой - с крючком дополнительного (верхнего) зеркала ранорасширителя, а крючком - с нижним ушком зажима Израэльсона.

Однако если переполненный рубец собрать в складку и вывести в рану не представляется возможным, его вскрывают интраперитонеально. Чтобы исключить попадание рубцового содержимого в брюшную полость, вокруг лапаротомной раны вводят большую марлевую салфетку или стерильное полотенце и только после этого делают разрез стенки рубца длиной 3-5 см. Тут же из рубца устремляется жидкое содержимое. В этот момент хирург оттягивает рубец кнаружи и так прижимает его к брюшной стенке до прекращения самопроизвольного выделения наружу. Как только рубец уменьшится в объёме, на складку рубца поочерёдно накладывают резиновую пластину, зажим винтовой, ранорасширитель, зажим Израэльсона и жгут Эсмарха, как указано выше.

Промывание полости рубца. Через большую воронку, соединённую с резиновой трубкой в рубец вливают ведро воды, которую вместе с содержимым тут же удаляют по принципу сифона. Для этого берут ре-

зиновый шланг или пищеводный зонд диаметром 4-5 см и длиной 1,5-2 м, один конец закрывают пробкой или сгибают и заполняют водой. Затем свободный конец зонда вводят на дно рубца, а противоположный - опускают вниз и освобождают. В заключение исследуют рубец и сетку на наличие инородных тел и, если есть таковые, то их тут же удаляют.

На разрез рубца накладывают двухэтажный серозно-мышечный шов - «ёлочкой» и по Плахотину. Края лапаротомной раны сближают тремя швами: первый по Ревердену на брюшину, поперечную фасцию и поперечную мышцу живота, второй шов тоже по Ревердену - на косые брюшные мышцы и на кожу с подкожной клетчаткой - узловатый шов. Линию кожных швов дезинфицируют 5% спиртовым раствором йода или перкутаном.

В послеоперационный период проводят симптоматическое лечение в сочетании с надплевральной блокадой по Мосину. Кожные швы снимают через 10-12 дней.

Лечение пенистой тимпании провели: консервативное у 4 быков и оперативное - у 9 коров, чернопёстрой и симментальской пород, в возрасте от 5 до 10 лет. Осложнений не наблюдали. Заживление раны происходило по первичному натяжению. Все пациенты выздоровели.

Считаем, что изложенный материал окажется полезным для хирургов-клиницистов.

Список использованной литературы

1. Веллер А. А. Абдоминальные операции / А. А. Веллер, П. И. Панкрев. Л.: Колос, 1972. 68 с.
2. Кузнецов Г. С. Хирургические операции у крупного рогатого скота. Л.: Колос, 1972. 296 с.
3. МIRON Н. И. Способ фиксации рубца при руменотомии у крупного рогатого скота // Проблемы ветеринарии: материалы Международной научной конференции. Барнаул, 1995.
4. Семёнов Б. С., Пономарёв В. С. Хирургия на ферме / Б. Семёнов, В. С. Пономарёв. Л.: Колос, 1987. 194 с.

НОВАЦИИ В ТЕХНИКЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У КОРОВ

Мирон Н. И.

Горно-Алтайский государственный университет

Кесарево сечение - это оперативное родоразрешение путём вскрытия брюшной полости и матки и извлечения плода, минуя естественные родовые пути. Данная операция у коров является одной из самых распространённых в клинической практике: многие ветеринарные врачи достигают положительного эффекта в 85-95% случаев [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13].

Кесарево сечение у коров можно выполнять при фиксации как в стоячем, так и в лежачем положении. Исходя из этого каждый хирург поступает, опираясь на личный опыт и условия, в которых оказывает квалифицированную помощь. При этом принимается во внимание состояние роженицы *de facto*.

При операции на стоячей корове обычно делают косой разрез брюшной стенки в области подвздоха с той стороны, с какой хирург считает наиболее для себя удобной или же в зависимости от показания к операции, например, при скручивании матки. Однако, как показывает клиническая практика, в ходе операции в стоячем положении животное может неожиданно лечь или упасть, что неизбежно приводит к эвентрации кишечника и бактериальному загрязнению брюшной полости и лапаротомной раны. Нет необходимости объяснять хирургам, какую угрозу для жизни пациента представляют отмеченные отрицательные моменты. Поэтому опытные хирурги отдают предпочтение выполнению кесарева сечения на лежачем животном [15]. Исключение составляют случаи мацерации и мумификации плода, когда матка имеет небольшие размеры и вывести её через трансректальный доступ не представляется возможным.

Оптимальным оперативным доступом к матке при кесаревом сечении у коров является вентролатеральный разрез через прямую мышцу живота, обеспечивающий не только оптимальные условия для работы хирурга и его помощников, но и менее опасный для пациента. Однако общепринятая техника такой операции имеет не только свои плюсы, но и минусы [2]. К последним следует отнести: 1) реальная опасность эвентрации кишечника и сальника и повреждения их во время зашивания разреза брюшной стенки; 2) в случае возникновения перитонита требуется дополнительная затрата средств на лечение [12, 14, 16].

В своей работе при патологических родах у коров, когда консервативная помощь неэффективна, с успехом применяем вентролатеральный разрез брюшной стенки преимущественно слева, благодаря чему предотвращается тимпания рубца во время операции. Нами усовершенствована техника кесарева сечения и предложены оригинальные инструменты, благодаря которым удаётся избежать осложнений и достичь выздоровления пациентов в обычные сроки. Сущность новаций заключается в следующем.

Подготовка животного к операции. Ослабленным животным внутривенно инфузируют общеукрепляющие средства - 100-120 мл 10% раствора кальция хлорида и 250-300 мл 40% раствора глюкозы. Для улучшения реологических свойств крови внутривенно вводят 400-800 мл полиглюкина. Если у роженицы выявлена сердечно-сосудистая недостаточность, то подкожно инъецируют 10-12 мл кордиамина, оказывающего положительное воздействие и на дыхательную систему. Что касается антибиотиков, то их вводят перед операцией только при констатации высокой температуры тела и при наличии мёртвого плода в матке. Практика показывает, что выполнение кесарева сечения на фоне действия антибиотиков даёт более гладкое течение послеоперационного периода, чем без них.