

Оперативное лечение больных актиномикозом тёлочек

Т.Н. Шнякина, д.в.н., профессор, И.И. Волотко, д.в.н., профессор, Н.И. Бутакова, к.в.н., Уральская ГАВМ

Актиномикозом болеют чаще молодые высокопродуктивные животные. Самовыздоровление, как правило, не происходит. Врачи традиционно в основном применяют консервативное лечение: вводят в актиномикому шприцем антисептики и антибиотики с последующим удалением разжиженного гноя. Лечение получается длительное, так как актиномикома имеет множество гранулем, обособленных собственной капсулой. Кажущееся выздоровление в последующем осложняется сформировавшимися свищами и фунгозными язвами. Если актиномикома локализуется в области гортани, то ущемляется возвратный нерв, вызывая удушье. Прогноз такого заболевания от осторожного до неблагоприятного [1].

Последствия от актиномикоза — бич для животноводческих племенных хозяйств: покупать таких животных специалисты отказываются и их выбраковывают на мясо.

Материалы и методы. Работа выполнена в ОАО «Совхоз «Акбашевский». По принципу аналогов сформировали две группы больных актиномикозом тёлочек чёрно-пёстрой породы по 15 гол. в каждой: I гр. опытная, II — контрольная. Кормление, уход и содержание животных было одинаковым. Ком-

плектовали животных с максимально возможной аналогией по локализации, характеру, клиническому проявлению болезни. Учитывали в группах количество животных с актиномикозом мягких тканей: щёчно-жевательной (n = 10), околушно-гортанной (n = 10), межжелудочной областях (n = 10).

Животных оперировали под местной инфильтрационной анестезией 0,5-процентным раствором новокаина. В зависимости от клинико-анатомических особенностей болезни операции состояли в экстирпации актиномикомы, в частичном их иссечении и вскрытии очагов нагноения. Величина разреза соответствовала размеру актиномикомы — от 5,0 до 20,0 см. Кровотечение останавливали механическим и химическим способами, а раневые полости орошали раствором иодиола и припудривали растворимым норсульфазолом. После операции животным опытной группы на кожу накладывали комбинированный хирургический шов по И.И. Волотко (рис.).

Комбинированный хирургический шов применяется для повышения прочности и удобства наложения, обеспечения надёжного сближения краёв раны и её заживления без осложнений.

Для наложения данного шва в край раны, захватив и приподняв её пинцетом, вкальвают иглу на 0,5–1,5 см от её края I и, действуя одновременно пинцетом и иглой в противоположных направле-

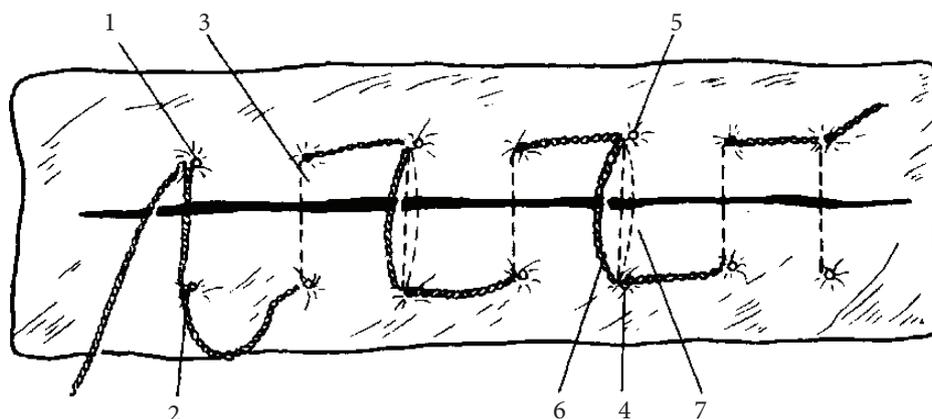


Рис. – Комбинированный хирургический шов

ниях, прокалывают ткани. Аналогичным образом поступают на другой стороне раны, проводя иглу изнутри раны на противоположной стороне вкола 2, а последующие стежки накладывают параллельно краям раны поочередно по одному стежку на каждой из них, переходя на противоположную сторону внутренними стежками 3, делая выкол и вкол изнутри раны. После наложения одного, двух или трёх наружных стежков (на схеме после двух стежков, не считая первого с узлом) проводят нить через канал прохождения нити предыдущего стежка, делая возвратный стежок путём вкола с противоположной стороны раны и проводя нить в предыдущие вкол 4 и выкол 5, накладывая тем самым дополнительный наружный 6 и внутренний 7 стежки. В дальнейшем шов накладывают, повторяя описанную последовательность. Чередование стежков зависит от характера и местонахождения раны. Так, при глубокой ране и в местах, подвергающихся значительному растяжению тканей, возвратный стежок проводят через один-два стежка, в других случаях – через три стежка.

Предлагаемый способ наложения хирургического шва выгодно отличается от существующих тем, что он предотвращает выворачивание краёв раны, обеспечивает надёжную её коаптацию и фиксацию нити за счёт возвратного стежка, отпадает необходимость постоянно следить за натяжением нити. Указанной методикой наложения хирургического шва мы пользуемся на протяжении двух лет и получили хорошие результаты [2].

В тех случаях, когда экстирпацию актиномикомы провести не удавалось, шов совмещали с резиновым дренажом, который удаляли на 3-и сут.

У животных контрольной группы операцию заканчивали тампонадой раны стерильными салфетками, смоченными раствором Люголя, и наложением провизорных швов из шёлка на рану. На 2-е сут. провизорные швы снимали и тампоны удаляли.

Результаты исследований. Животным опытной группы в послеоперационный период назначали инъекции бициллина-3, а животным контрольной гр., кроме того, вносили в рану мазь бальзамиче-

скую Вишневого. Заметных различий в общем состоянии пациентов, аппетите, температуре тела, частоте пульса, дыхания и движении рубца не отмечалось. Однако течение воспалительного и раневого процессов у животных обеих групп существенно различалось [3].

У тёлочек опытной группы послеоперационный отёк развивался медленнее, был слабо выражен и рассасывался на 4–5-е сут., у аналогов контрольной гр. отёк был в полтора – два раза обширней и рассасывался на 7–8-е сут. У животных опытной группы первичная раневая спайка была прочной, лигатура не прорезывалась, шов не расходился, нагноений не было даже в случаях дренирования. На 7-е сут. снимали швы, воспалительный отёк тканей полностью исчезал, а вокруг рубца имелось небольшое болезненное уплотнение. Фиброзиты и рецидивы отсутствовали. Клиническое выздоровление животных опытной группы наступало в среднем на 10–12-е сутки. При оперативном вмешательстве на слюнной железе на рану накладывали комбинированный хирургический шов и вставляли дренаж. Затем в рану в течение 3–4 сут. шприцем через канюлю вводили раствор йодиола. Отделение слюны через рану прекращалось, сроки выздоровления у таких животных удлинялись на 5 сут. [4].

У тёлочек контрольной гр. операционные раны имели обширные полости, покрытые налётом некротизированной ткани, вероятно возникшие от продолжительного воздействия раствора йодиола и механического влияния тампонов. Заживление ран протекало по вторичному натяжению на фоне крайней слабой дифференцировки грануляционной ткани и её рассасывания из-за обширной раневой полости. На месте операционных ран образовывались нерассасывающиеся рубцы-фиброзиты, которые деформировали соответствующую область головы. Клиническое выздоровление животных контрольной группы наступало на 20–25-е сут. [5, 6].

Выводы. Таким образом, результаты эксперимента свидетельствуют, что наложение непрерывного комбинированного хирургического шва после частичного или полного удаления актиномиком

с последующим применением растворимого норсульфазола, иодиола и бициллина-3 обеспечивает первичное заживление ран и в два раза сокращает сроки лечения больных животных без образования фиброзитов и рецидивов болезни.

Литература

1. Волотко И.И. Кормовой травматизм сельскохозяйственных животных. Челябинск, 2004. 186 с.
2. Волотко И.И. Комбинированный хирургический шов // Ветеринария. 1984. № 11. С. 33.
3. Бутакова Н.И., Рябкина О.Н., Сайгина Ю.Н. Некоторые гематологические показатели при актиномикозе у коров // Актуальные проблемы ветеринарной медицины животноводства, общественности и подготовки кадров на Южном Урале. Троицк, 1998. С. 51–53.
4. Волотко И.И. Актиномикоз. Челябинск: Челяб. гос. мед. акад., 2003. 182 с.
5. Есютин А.В., Волотко И.И. Принципы лечения осложнений кормового травматизма у крупного рогатого скота в условиях комплексов // Сборник научных трудов Сибирского отд. ВАСХНИЛ. Новосибирск, 1988. С. 141–145.
6. Волотко И.И. и др. Кормовой травматизм животных и его последствия. Томск: UFO-plus, 2007. 302 с.