
3. Что такое заворот и выворот век? В чем состоят лечение и профилактика?

4. В чем заключается способ Диффенбаха? Чем он отличается от других способов?

5. Какие известны новообразования век? У каких видов животных они встречаются чаще?

ЗАНЯТИЕ 6. БОЛЕЗНИ КОНЬЮНКТИВЫ

Травмы конъюнктивы

Преимущественно регистрируют раны с одновременным повреждением тканей века. Травмы бывают также результатом проникновения в конъюнктивальный мешок инородных тел. Благодаря значительной бархатистости конъюнктивы, ее эластичности и наличию субконъюнктивальной ткани закрытые травмы конъюнктивы у животных встречаются редко – в виде **кровоподтеков** или **субконъюнктивальных гематом**.

При попадании в конъюнктивальный мешок инородных тел не бывает больших повреждений, но всегда отмечают сильную болезненность: животное проявляет беспокойство и стремится избавиться от инородного тела. Опасность последнего состоит также в том, что оно может одновременно повреждать склеру или роговицу, а также способствовать внедрению микрофлоры.

Клинические признаки. При наличии в конъюнктивальном мешке инородного тела и повреждении им конъюнктивы отмечают светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, который настолько сильно выражен, что часто не удается раскрыть веки без обезболивающих средств. На обнаженной конъюнктиве обнаруживают инородное тело и, в зависимости от того, как долго оно здесь находится, более или менее выраженную воспалительную гиперемию, слизистые наложения, отечность. При ранениях обнаруживают повреждение различных размеров, направления и

глубины, кровотечение, боль и зияние. В случае кровоподтеков и гематом на конъюнктиве видны участки точечных и полосчатых кровоизлияний или субконъюнктивальная гематома, иногда значительных размеров.

Лечение. Инородные тела из конъюнктивального мешка удаляют, предварительно обездвигив веки (особенно у крупного рогатого скота), а также инстиллировав обезболивающий раствор в конъюнктивальный мешок. Верхнее или нижнее веко (по положению инородного тела) выворачивают, инородное тело удаляют пинцетом, кончиком инъекционной иглы или маленьким ватномарлевым тампоном, смоченным в изотоническом растворе хлорида натрия или антисептической жидкости. После удаления инородного тела применяют антисептические средства.

На рану конъюнктивы накладывают швы, а затем применяют обычные антисептические средства – порошок белого стрептоцида, сульфацил-натриевую мазь, антибиотики, фурацилин и др.

Для предупреждения дальнейшего выхода крови при кровоподтеках и гематомах рекомендована холодная повязка с умеренным давлением. При значительных гематомах излившуюся кровь отсасывают шприцем через иглу или удаляют, разрезая ткань.

В случае термических ожогов, которые наблюдают при пожарах в животноводческих помещениях, поражается кожа на различных участках тела. Поэтому в первую очередь необходимо решить вопрос о профилактике шока (при обширных поражениях) или о целесообразности лечения вообще. Если ожоги не угрожают жизни животного, то обращают внимание на поражение глаз, в основном роговицы.

Химические ожоги известно сопровождаются слезотечением, светобоязнью, фибринозным воспалением, а в дальнейшем приводят к сращению конъюнктивы век с конъюнктивой склеры или роговицей. Заболевание может закончиться образованием бельма, а чаще сращением век с глазом (симблефарон). Необходимо немедленно удалить средство, вызвавшее ожог, пинцетом, смыть струей воды или изотоническим раствором хлорида натрия. В дальнейшем в конъюнктивальный мешок

вводят кортикостероиды, антибактериальные мази, линименты, препятствующие сращению век с глазом, назначают сульфаниламиды, глицерин (1:30) или 3%-ный раствор цитрата натрия.

Воспаление конъюнктивы (Conjunctivitis)

Конъюнктивиты – наиболее частые заболевания глаз. Причинами их могут являться различные механические, физико-химические воздействия и инфекция.

Причины механического характера – всевозможные травмы, а также инородные тела, попадающие в конъюнктивальный мешок. Сюда же можно отнести и аномалии в положении век, например заворот, выворот век, трихиазис и др., которые служат причиной непосредственного раздражения конъюнктивы или нарушают ее защиту от вредных внешних влияний. Паразиты, развивающиеся в конъюнктивальном мешке, оказывают не только химическое действие, но являются также своеобразными инородными телами.

К химическим раздражителям относятся стойловый воздух, насыщенный аммиаком, известковая пыль, дым, различные лекарственные вещества: спиртовые растворы, сулема, острые мази и пр.

Действие ультрафиолетовых и рентгеновых лучей, при длительной их аппликации, также приводит к воспалению конъюнктивы.

В отдельных случаях конъюнктивит может быть вызван плесневыми грибами, например *Aspergillus*, *Mucor* (*C. mycotica*), интоксикацией головневыми, ржавчинными грибами.

Ряд инфекционных заболеваний нередко сопровождается конъюнктивитами (чума собак, инфлуэнца, мыт лошадей, злокачественная катаральная горячка рогатого скота, оспа-дифтерит птиц и др.).

В конъюнктивальном мешке обычно, при совершенно нормальных условиях, находятся в латентном состоянии различные микроорганизмы, в том числе и гноеродные. При малейшем нарушении этих условий

вирулентность микроорганизмов может усилиться; тогда они становятся непосредственными возбудителями воспалительного процесса. Кроме того, они могут попасть в конъюнктиву вместе с инородными телами.

Конъюнктивиты развиваются также при переходе процесса с соседних частей, например со слезных органов, орбиты, кожи век, роговицы и внутренних сред глаз; в свою очередь, конъюнктивиты могут вызывать воспаления этих тканей и органов по продолжению. Формы конъюнктивитов следующие:

- 1) острый и хронический катаральный конъюнктивит (*C. catarrhalis acuta et chronica*);
- 2) гнойный (*C. purulenta*);
- 3) флегмонозный (паренхиматозный) (*C. phlegmonosa arenchymatosa*);
- 4) фолликулярный (*C. follicularis*);
- 5) крупозный и дифтероидный (*C. crouposae et diphtheroides*);
- 6) фликтенулезный (*C. phlyctaenulosa*);
- 7) туберкулезный (*C. tuberculosa*).

Острый катаральный конъюнктивит

Клинические признаки. Болезнь начинается светобоязнью и истечением из внутреннего угла глаза. Вначале истечение состоит из слез, к которым примешан серозный экссудат, но вскоре оно приобретает, вследствие примеси слизи, более густую консистенцию. Слизь может мутнеть, образовать хлопковидные комочки, скопляющиеся во внутреннем углу глаза. При пальпации обнаруживается болезненность век, повышение температуры. Припухшая, влажная и блестящая конъюнктура краснеет (от ярко-розового до красного цвета).

В некоторых случаях из-за перехода процесса на эпителий роговицы и развития поверхностного кератита наблюдается диффузное помутнение роговицы.

Прогноз при первичном остром конъюнктивите в общем благоприятен. После соответствующего лечения обычно наступает

выздоровление через 8–15 дней. При вторичном конъюнктивите возможен переход в хроническую форму, в зависимости от течения основного процесса.

Лечение. Прежде всего устраняют причину, вызвавшую патологический процесс. Чтобы уменьшить экссудацию, назначают вяжущие и прижигающие средства: капли сульфата цинка или нитрата серебра, квасцы. При сильной болезненности к каплям добавляют дикаин и сосудосуживающие – адреналина гидрохлорид.

Поверхностный гнойный конъюнктивит (*Conjunctivitis purulenta*)

В конъюнктивальном мешке здоровых животных всегда присутствует микрофлора, но она не проявляет достаточной активности из-за высокой резистентности организма и антисептических свойств конъюнктивы и слезной жидкости. Воспаление развивается при травмировании конъюнктивы или ослаблении резистентности организма инфекционными болезнями (чума и др.), гиповитаминозом А и прочими факторами. В некоторых случаях гнойный конъюнктивит может быть вызван искусственным путем при туберкулинизации или маллеинизации (при положительной реакции).

Клинические признаки. К наиболее характерным симптомам относят: болезненность и повышение температуры в области глаза, светобоязнь, инъекцию поверхностных кровеносных сосудов. Отек конъюнктивы, ее бархатистость могут достигать такой степени, что она несколько выпячивается за пределы глазной щели и ущемляется веками (хемоз). Поверхность конъюнктивы покрыта слизисто-гнойным отделяемым. При микроскопии мазков или отпечатков с конъюнктивы, окрашенных по Романовскому – Гимзе, находят сдушенные эпителиальные клетки, большое количество лейкоцитов, преимущественно разрушенных нейтрофилов и микроорганизмов. Местами слизистая оболочка некротизирована, подслизистая ткань обнажена (язвы, эрозии), процесс

может захватывать роговицу и склеру. В этом случае нередко наблюдают сращение век с глазным яблоком (симблефарон).

В затянувшихся случаях количество отделяемого уменьшается, оно становится более густым, признаки воспаления стихают, но полностью не исчезают.

При своевременном лечении и ограниченном процессе прогноз благоприятный, в запущенных случаях осторожный, так как воспалительный процесс может захватить роговицу или закончиться симблефароном, в отношении последнего достаточно эффективных лечебных средств нет.

Лечение. Основные принципы лечения те же, что и при асептическом кератите, но антибактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды) необходимо применять часто, длительно и в больших концентрациях. Заслуживают внимания дезинфицирующие мази и линименты с обезболивающими средствами. Эффективна, особенно в начале заболевания, ретробульбарная новокаиновая блокада.

Глубокий фолликулярный конъюнктивит (*Conjunctivitis follicularis*)

У собак под конъюнктивой на внутренней поверхности третьего века расположены скопления лимфатических фолликулов, совместное воспаление которых называют фолликулярным конъюнктивитом. Заболевание в основном регистрируют у культурных пород собак. Некоторые исследователи предполагали инфекционную природу болезни, но искусственное заражение отделяемым и фильтратом не подтвердило ни бактериальную, ни вирусную этиологию. Считают, что болезнь развивается в результате влияния на конъюнктиву третьего века, а затем и на лимфатические фолликулы различных внешних и внутренних факторов (интоксикация при инфекционных болезнях, нарушение обмена веществ, воздействие УФО или пылицы цветущих растений); предрасполагают к болезни гиповитаминозы и др.

В норме у собак лимфатические фолликулы обнаруживают в виде бледных небольших разрозненных возвышений. Под воздействием этиологических факторов первоначально развивается катаральный конъюнктивит или в процесс вовлекаются конгломераты лимфоидной ткани. Фолликулы инфильтрируются клеточными элементами крови (лейкоцитами, преимущественно сегментоядерными нейтрофилами и лимфоцитами), увеличиваются в объеме, сливаются с рядом расположенными, подвергаются активной гиперемии и напоминают грануляционную ткань или спелую ягоду малины.

Клинические признаки. В начале болезни отмечают светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, слизисто-гнойное выделение. В зависимости от тяжести процесса и его давности количество отделяемого может быть значительным или небольшим. В области глаза появляется зуд, собака пытается чесать пораженную область лапами, а также о предметы или землю. Третье веко набухшее. Внутренняя поверхность его гипермирована, воспаленные фолликулы напоминают красную тутовую ягоду или малину. Одновременно с конъюнктивитом развивается блефарит, ресницы выпадают, края век утолщаются и веко заворачивается внутрь, в результате чего усиливается раздражение и появляется воспаление роговицы. Как правило, поражаются оба глаза, но в разной степени.

Прогноз благоприятный, хотя иногда необходимо длительное лечение, а после выздоровления нередко наблюдают рецидивы. Не исключены и осложнения со стороны век и роговицы.

Лечение. Применяют различные бактерицидные средства: мази, капли, антибиотики, сульфаниламиды, ГЛП с антибиотиками и новокаином, кортикостероиды. Положительные результаты получены при новокаиновой блокаде верхнего шейного симпатического узла (А. Н. Голиков, С. Т. Шитов). При длительном лечении эффективны тканевые препараты по В. П. Филатову. Более рационально прижигать 2–4 раза внутреннюю поверхность третьего века.

Глубокий гнойный конъюнктивит **(Conjunctivitis purulenta profunda s. phlegmonosa)**

Заболевание протекает типично, как флегмона субконъюнктивальной рыхлой соединительной ткани; бывает следствием поверхностного гнойного конъюнктивита или развивается самостоятельно при глубоких повреждениях, путем перехода с прилегающих тканей орбиты, при некоторых инфекционных болезнях (злокачественная катаральная горячка крупного рогатого скота), реже гематогенным путем.

Клинические признаки. Болезнь захватывает оба века и проявляется сильной припухлостью конъюнктивы. Отек последней достигает значительных размеров, она не умещается в конъюнктивальном мешке, выпячивается через глазную щель и ущемляется. Другим важным признаком служат сухость конъюнктивы и небольшие кровотечения в местах разрыва. Наиболее типичный симптом – гиперемия сосудов конъюнктивы, ее кирпично-красный цвет, гной на участках поверхности. В дальнейшем образуется абсцесс, который вскрывается через конъюнктиву в конъюнктивальный мешок. При исследовании устанавливают омертвление конъюнктивы и образование полости.

Флегмона, особенно в период созревания до вскрытия, сопровождается повышением температуры тела, учащением пульса, дыхания, угнетением, понижением аппетита и другими признаками гнойно-резорбтивной лихорадки.

Вначале воспалительный процесс можно приостановить на стадии отека, но при абсцедировании сложность состоит в том, что значительные участки конъюнктивы омертвеают, процесс переходит на склеру и роговицу и наблюдают сращение век с глазным яблоком (симблсфарон). Не исключена возможность развития панофтальмита и сепсиса.

Флегмонозный конъюнктивит необходимо отличать от ряда болезней. При ретробульбарной флегмоне припухлость захватывает всю область глазницы. В случае воспаления слезной железы припухлость

расположена под верхним веком у наружного угла глаза. Припухлость при абсцессе века ограничена и находится только в области верхнего или нижнего века. Для гематомы характерна флюктуация, признаки воспаления выражены по сравнению с флегмоной очень слабо, и не бывает гнойно-резорбтивной лихорадки.

Лечение. В зависимости от стадии воспалительного процесса применяют этиопатогенетическую терапию. Животному предоставляют покой, вводят новокаин с антибиотиками (внутривенно, внутриартериально, ретробульбарно). Конъюнктивальный мешок увлажняют теплыми дезинфицирующими растворами (фурацилин, этакридина лактат, перманганат калия), антибиотиками. Применяют линименты и мази с антибиотиками и сульфаниламидами. Показана общая противосептическая терапия. При намечающемся созревании абсцесс вскрывают (разрезают параллельно ходу волокон круговой мышцы век).

Новообразования конъюнктивы (*Tumores conjunctivae*)

На конъюнктиве встречаются доброкачественные (фиброма, липома, папиллома и дермоид) и злокачественные (карцинома у крупного рогатого скота, саркома у лошадей) опухоли.

Клинические признаки. Карциноме часто предшествует поражение глаз телязиями, риккетсиями и лечение сильными антисептическими средствами, которые рекомендуют не применять в офтальмологической практике (креолин, лизол).

Малозаметный процесс, как правило, начинается с третьего века или с верхнего свода конъюнктивы и склеры. Постепенно опухоль увеличивается, начинает распадаться, при этом появляются неприятный запах и гнойное отделяемое. По мере роста опухоли третье веко разрушается, а процесс может перейти на глаз, слезный синус, гайморову пазуху.

Опухоль, развивающаяся на конъюнктиве свода или склеры, с течением времени прорастает в роговицу и ретробульбарное пространство,

в связи с чем роговица диффузно мутнеет, в ней появляются кровеносные сосуды, в результате зрение нарушается.

На начальных стадиях развития опухоли прогноз может быть благоприятный, в запущенных случаях – неблагоприятный.

Из доброкачественных новообразований фибромы, липомы и папилломы характеризуются ограниченным ростом.

Дермоид сравнительно редко встречается у животных. Он представляет собой кожное образование, растущее на конъюнктиве век, склеры и даже роговице. На нем появляются длинные толстые волосы. Это новообразование может нарушать зрение в силу своего положения на роговице или механически травмировать ткани глаза, вызывая конъюнктивит, склерит и кератит.

Лечение. В начальной стадии карциному удаляют путем экстирпации третьего века. Если процесс захватывает конъюнктиву свода, склеры и даже ретробульбарное пространство, то показаны как можно более ранняя экзентерация глазницы или энуклеация глаза вместе с веками.

Доброкачественные опухоли легко распознавать и оперировать. При этом надо сохранить глаз, и лишь если это невозможно, его удаляют вместе с веками.

Дермоид вырастает только в поверхностные слои конъюнктивы, поэтому после обезболивания его можно легко удалить. Следует учитывать, что удаление дермоида, расположенного в центре роговицы, может привести к стойкому ее помутнению, нарушающему зрение. После оперативного вмешательства дефект ткани, если он расположен не напротив зрачка, прижигают палочкой нитрата серебра (с обязательной последующей нейтрализацией не связавшегося с белком препарата).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы клинические признаки катарального конъюнктивита? Какие рекомендуют методы лечения и профилактики?

2. Какие лекарственные средства применяют при лечении гнойного конъюнктивита?

3. Что вызывает флегмонозный и фибринозный конъюнктивиты?

4. Как лечить фолликулярный конъюнктивит?



ЗАНЯТИЕ 7. БОЛЕЗНИ РОГОВИЦЫ

Болезням роговицы, особенно кератитам, принадлежит одно из основных мест в патологии глазного яблока. Они нередко заканчиваются полной слепотой вследствие рубцовых изменений в роговице (бельмо). В норме роговица плотная, прозрачная, блестящая, влажная, сферической формы, очень чувствительна, лишена кровеносных и лимфатических сосудов.

Поверхностный катаральный кератит (*Keratitis safarhalis superficialis*)

Это наиболее часто встречающаяся форма, при которой поражается многослойный плоский неороговевающий эпителий и передняя пограничная пластика, или мембрана.

Клинические признаки. Дегенеративные изменения эпителия и его отторжение проявляются образованием эрозий и язв с последующим помутнением роговицы (разной интенсивности). При тяжелом течении обнаруживают участки эрозии – обширные или много мелких, что придает роговице вид «истыканности». Отмечают слезотечение, светобоязнь, поверхностную гиперемию и васкуляризацию роговицы поверхностными сосудами. Указанная форма кератита обычно сопровождается конъюнктивитом.

Прогноз в основном благоприятный. В некоторых случаях остаются длительно рассасывающиеся помутнения. Эрозии быстро эпителизируются.

Лечение. Прежде всего следует устранить причину. Местно назначают вяжущие и дезинфицирующие средства (1%-ный раствор сульфата цинка, 2%-ную борную кислоту). Для уменьшения гиперемии

рекомендуют гидрохлорид адреналина. Чтобы предупредить развитие гнойного процесса, назначают сульфаниламидо- и антибиотикотерапию.

Поверхностный сосудистый кератит (*Keratitis vasculosu s. pannosa*)

Отличительная особенность данной формы кератита – образование сети поверхностных кровеносных сосудов под эпителием и передней пограничной мембраной.

Клинические признаки. Рост сосудов особенно выражен по периферии оболочки, но они часто доходят до центра, обуславливая непрозрачность роговицы. Эпителий пролиферирует и приподнимается. Поверхность роговицы становится бугристой и напоминает грануляционную ткань, в дальнейшем здесь развивается рубец (бельмо). Отмечают признаки острого кератита: слезотечение, светобоязнь и нарушение зрения.

Лечение. В первую очередь необходимо снять сильное раздражение. Для этого применяют ретробульбарную новокаиновую блокаду, синтомициновую эмульсию. После нормализации процесса назначают тканевую терапию.

Поверхностный гнойный кератит (*Keratitis superficialis purulenta*)

Болезнь развивается из поверхностного катарального кератита после осложнения хирургической инфекцией или возникает одновременно с гнойным конъюнктивитом. Часто встречается как осложнение при чуме собак, злокачественной катаральной горячке крупного рогатого скота и т. д.

Клинические признаки. Вслед за обильным слизисто-гнойным истечением, светобоязнью и блефароспазмом отмечают интенсивное краевое помутнение роговицы, которая приобретает желтоватый оттенок. На месте гнойной инфильтрации может развиваться более или менее стойкое помутнение.

Прогноз осторожный, так как на месте помутнения может сформироваться рубец, частично или полностью нарушающий зрение.

Лечение. Показаны антибактериальные средства в различных формах, новокаиновая терапия, особенно в начале процесса. На заключительном

этапе рекомендуют тканевую терапию, рассасывающие препараты. Гидрокортизоновая мазь задерживает регенерацию язвы, поэтому оказывается недостаточно эффективной.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Как классифицируют кератиты, каковы их причины и общие клинические признаки?
2. Каковы основные клинические признаки и в чем состоит дифференциальная диагностика отдельных форм кератитов?
3. Что характерно для поверхностных и глубоких, асептических и гнойных поражений роговицы? По каким признакам их дифференцируют?
4. В чем принципиальное отличие в лечении острых и хронических воспалений роговицы?

ЗАНЯТИЕ 8. БОЛЕЗНИ, ПОРАЖАЮЩИЕ ВСЕ ЧАСТИ ГЛАЗА

Панофтальмит (*Panophthalmitis*)

Это первичное или вторичное острое гнойное воспаление всех тканей и оболочек глазного яблока. Панофтальмит чаще возникает в результате экзогенного внесения инфекции при проникающих ранениях глазного яблока, особенно в области экватора, реже путем эндогенного инфицирования – метастатического заноса инфекции через сосуды сетчатки и сосудистого тракта при общих септических и инфекционных болезнях (злокачественная катаральная горячка крупного рогатого скота, риккетсиоз, хламидиоз и др.).

Клинические признаки. В зависимости от путей проникновения инфекционного начала и локализации первичного очага процесс может распространяться с роговицы, склеры, конъюнктивы, ресничного тела, радужки, сосудистой оболочки или сетчатки.

При панофтальмите повышается температура тела. Животное угнетено, аппетит понижен. Проявляются другие признаки гнойной

резорбции. В области больного глаза отмечают припухание век, отечность конъюнктивы и перикорнеальную инъекцию сосудов. Диффузно помутневшая роговица кремового или желтоватого оттенка. В камерах глаза, частично сохраняющих проходимость света, обнаруживают желтоватый или зеленоватый гной. Хрусталик из-за расплавления связок мутнеет и смещается. По лимфатическим путям гной проникает в подболобочные пространства головного мозга; развивается менингит, энцефалит, сепсис и наступает смерть.

Внутреннее содержимое глаза может подвергнуться ферментолиту; глаз теряет свою структуру и функцию, атрофируется. При гиперэргическом течении лимб расплавляется. Радужка, хрусталик и стекловидное тело частично или полностью выпадают, а полость глаза зарастает грануляционной тканью. Глаз атрофируется, зрение теряется.

Прогноз во всех случаях неблагоприятный.

Лечение. Внутримышечно и внутривенно вводят большие дозы антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты (хлорид кальция). Одновременно внутрь дают сульфаниламиды. Показаны энуклеация глаза или экзентерация глазницы.

Атрофия глазного яблока (*Athrophia bulbi oculi*)

Патология представляет собой постепенное уменьшение размеров глазного яблока, при этом отдельные его элементы могут быть сохранены, но их взаимосвязь и трофическая функция нарушаются. Заболеванию предшествует воспаление ресничного тела или сосудистой оболочки по типу асептического паннофтальмита, периодическое воспаление глаз (у парнокопытных животных), истечение значительного количества камерной влаги, уменьшение стекловидного тела, развитие стафиломы, сдавливание глаза новообразованиями век и других его структур.

Клинические признаки. Атрофия глаза характеризуется медленно развивающимися признаками. Вначале появляется боль, которая постепенно стихает. Однако изменения в глазу медленно прогрессируют.

Глаз уменьшается в объеме, приобретает плотную консистенцию, иногда может изменить свое положение в периорбите. Конъюнктивальный мешок увеличивается и не соответствует размерам глаза. В нем постоянно скапливается слезная жидкость, в которую проникают микроорганизмы и клеточные элементы. Активность лизоцима снижается, развивается хронический конъюнктивит с небольшим количеством слизисто-гнойного отделяемого. Внутренние части глаза не просматриваются.

Прогноз неблагоприятный.

Лечение. Лечение не разработано, поэтому необходимо принимать меры по профилактике панوفтальмита.

Инфекционное воспаление сосудистого тракта у крупного рогатого скота (Uveitis infectiosa bovim)

Болезнь характерна для этого вида животных, носит массовый характер и проявляется фибринозно-гнойным воспалением. Возможны ее рецидивы. Причины болезни, пути заражения и патогенез неизвестны. Отмечают роль эндогенной микрофлоры: к заболеванию предрасполагают гельминтозы. Возможна передача инфекционного начала контактным и трансмиссивным путем, через переносчиков.

Клинические признаки. Поражаются оба глаза одновременно. Болезнь протекает так же, как и периодическое воспаление глаз у лошадей, захватывая все структуры глаза, но только сразу приобретает фибринозно-гнойную форму. По существу, инфекционное воспаление сосудистого тракта можно было бы именовать специфическим панوفтальмитом, хотя возбудитель не выделен.

В связи с помутнением роговицы и содержанием гноя в камерах офтальмоскопия дна глаза невозможна, происходит ферментативное расплавление всех структур глаза вплоть до склеры.

Прогноз неблагоприятный. Целостность глаза может сохраниться, развивается атрофия, иногда вторичная глаукома. Возможны рецидивы и окончательное разрушение глаза. Зрение полностью потеряно.

Лечение. Чтобы предупредить сепсис, применяют местные и общие противосептические средства. Животных, потерявших зрение, выбраковывают. В целях профилактики болезни во время ее энзоотии следует периодически осматривать животных, своевременно выделять и изолировать больных, по возможности предупреждать разрушение структуры и функции глаза энергичным антибактериальным лечением, применением сульфата атропина, рассасывающих и других средств.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое панофтальмит? Каковы его причины, клинические признаки и методы лечения? Почему он может закончиться смертельным исходом?
2. В чем сущность изменений при атрофии глаза, каковы причины, признаки и прогноз?

ЗАНЯТИЕ 9. МАССОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

Риккетсиозный кератоконъюнктивит (Keratoconjunctivitis rickettsiosa) – остро протекающая болезнь животных, преимущественно крупного рогатого скота, вызываемая риккетсиями. Сопровождается она лихорадкой, катаральным конъюнктивитом и гнойно-язвенным кератитом. Распространен во многих странах мира. Нередко наносит большой экономический ущерб в связи с утратой животными зрения. Восприимчивы крупный и мелкий рогатый скот, верблюды, свиньи, лошади, птицы, из лабораторных животных восприимчивы только кролики, человек невосприимчив. Наиболее чувствительны телята в возрасте от 3 месяцев до 1,5 лет и ягнята старше 15-дневного возраста.

Источник возбудителя – больные животные и риккетсионосители, выделяющие его с секретом конъюнктивы и слизью из носа.

Основной путь передачи – воздушно-капельный, контактный или при участии насекомых, механических переносчиков (мухи, клещи и др.).

Болезнь характеризуется исключительно быстрым распространением, особенно при содержании животных большими группами, регистрируют ее во все времена года, но чаще весной и летом, заболевание имеет тенденцию к стационарности. На степень поражения животных отрицательно влияют плохие условия их содержания, недостаток витамина А.

Клинические признаки. Инкубационный период при инфекционном кератоконъюнктивите – от 2 до 12 дней. Основной признак болезни – конъюнктивит, чаще односторонний. Из больного глаза появляются истечения, веки опухают, наблюдается светобоязнь. На поверхности отечной конъюнктивы мелкая зернистость. Воспаление может распространиться на роговицу, вызывая кератит. Роговица мутнеет, приобретает желтоватый оттенок, в ней образуется абсцесс, температура тела повышается, состояние животного угнетенное, аппетит понижен. Затем абсцесс вскрывается и образуется язва – язвенно-некротический кератит, может отмечаться полное прободение роговицы. Появляются слизисто-гнойные истечения. Через 8–10 дней животные обычно выздоравливают, но заболевание может продолжаться 20–35 дней. После выздоровления в глазу образуется рубец (бельмо).

Диагноз ставят на основании анализа эпизоотологических, клинических данных и результатов лабораторных исследований.

Дифференциальный диагноз. Риккетсиозный кератоконъюнктивит необходимо дифференцировать от конъюнктивитов, вызываемых хламидиями, телязиями, пастереллами, а также травматических повреждений.

Лечение. Больных животных изолируют в темное помещение и лечат: промывают глаз раствором фурацилина (1:5000), глазными каплями (0,5%-ный раствор сульфата цинка и 3%-ный раствор борной кислоты), вводят новокаин-хлортетрациклиновую мазь (новокаин 5,0, хлортетрацилин 5,0, вазелин – 30,0) и др., синтомициновую эмульсию, 5%-ный протаргол, мази кортикостероидов с антибиотиками, растворы и мази альбумида.

Профилактика и меры борьбы. При появлении в гурте больных и подозрительных по заболеванию животных рекомендуется немедленно их изолировать, осмотреть всех остальных и начать лечение.

С профилактической целью в неблагополучных стадах условно здоровым животным вводят в конъюнктивальный мешок обоих глаз (1 раз в неделю) дибиомициновую мазь, синтомициновую эмульсию или порошок по прописи: биомицин, сульфантрол, синтомицин (поровну). Порошок вдвуют в глаза животным 4–5 раз в течение 1,5 месяцев. Одновременно с указанной профилактической обработкой животных 1 раз в неделю проводят дезинфекцию помещений 0,1%-ной эмульсией хлорофоса. Уничтожают мух и других насекомых. В неблагополучных хозяйствах необходимо систематически осматривать животных (зимой – не реже одного раза в месяц, летом – ежедневно).

Хламидиоз – инфекционная зооантропонозная болезнь всех видов животных и птиц, характеризующаяся поражением верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, кератоконъюнктивитами, пневмониями, у самок – абортами и рождением нежизнеспособного потомства.

Болезнь у животных известна под разными названиями: пситтакоз, орнитоз, неориккетсиоз, парариккетсиоз, спорадический энцефаломиелит, энцефалит Басса, орнитозная пневмония, вульвовагинит, энтерит, пневмоэнтерит, офтальмия, энзоотический аборт и другие.

К хламидиозам восприимчивы все основные виды с/х животных, а также птицы, собаки, кошки. Болеет и человек.

Источником возбудителя инфекции служат больные животные и птицы. Выделение патогена больными животными происходит с секретом из носовых ходов, при кашле, с молоком, мочой, фекалиями, спермой. Особенно интенсивно его выброс во внешнюю среду отмечается с околоплодными водами, абортированными плодами, последами, выделениями из половых органов. Происходит контаминация возбудителем окружающей среды: