Самостоятельная работа №5

Заболевания в области венчика, мякиша, стрелки и кожи свода межкопытцевой щели

Задание 1. Составить классификацию основных заболеваний венчика, путового и венечного суставов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классификация заболеваний | Характерные признаки | Схема лечения |
| Рана венчика | В свежих случаях ранения обнаруживается кровотечение. Хромота вначале может отсутствовать, она появляется по мере развития воспалительного процесса. | После туалета раны ее поверхность и окружающие участки осушают тампоном и смазывают спиртовым раствором йода. При поверхностных повреждениях ограничиваются наложением повязки.  При глубоких ранах после обезболивания и наложения жгута проводят хирургическую обработку - рассекают раневой канал, удаляют мертвые ткани, обеспечивают сток для экссудата. Поверхность раны орошают растворами антибиотиков или припудривают антибиотиками, трициллином. Накладывают стерильную повязку. Повязку можно наложить с любой не раздражающей мазью (мазь Вишневского, Конькова, линимент Павловского - спиртовой раствор йода 8-10 г, ихтиол 6-8 г, глицерин 100 г). Если в последующем у животного не усиливается хромота, припухлость, то повязку меняют на 6-7-й день. |
| Межпальцевая флегмона | Заболевание сопровождается повышением температуры тела на 0,5... 1 °С, депрессией, нарушением сердечной деятельности, сильно выраженной хромотой опирающейся конечности. В области I и II фаланг болезненная припухлость, местная температура повышена, копытца расходятся в стороны. Иногда на стадии абсцедирования абсцесс вскрывается и формируется свищ на дорсальной поверхности, но чаще всего самопроизвольного вскрытия таких абсцессов не происходит. Ткани вскрывшегося абсцесса разрыхлены, выделяется желтовато-серый гной. По окружности абсцессов разрастается фиброзная ткань, что еще больше препятствует их самопроизвольному вскрытию.  При гнойно-некротической флегмоне быстро развивается некроз тканей с последующим гнойно-гнилостным расплавлением и образованием гангренозной язвы. При некробактериозной гнойно-некротической флегмоне кожа пораженного участка окрашена в синевато-фиолетовый цвет, холодная, утолщена, безболезненна, гной пенистый, зловонный.  При хроническом течении воспалительного процесса (более 7 сут) могут возникнуть осложнения в виде параартикулярной флегмоны, а в последующем и панартрита венечного сустава с вовлечением в процесс костей I и II фаланг пальца. При этом на рентгенограммах обнаруживают периостальные экзостозы путовых и венечных костей, указывающие на развитие оссифицирую- щего периостита, и даже разрушение венечных и путовых костей (остеопороз), что является следствием гнойного остеомиелита.  Осложнениями могут быть: некроз межкопытцевых связок, сухожилия общего разгибателя и глубокого сгибателя пальцев, гнойный артрит копытцевого сустава. | Флегмона межпальцевой клетчатки всегда сопровождается резким угнетением больного животного: снижается молочная продуктивность, животное худеет, появляются гнойно-резорбтивная лихорадка и даже сепсис. Именно поэтому в каждом случае необходимо профилактировать развитие флегмоны в этой области и своевременно применять необходимое лечение. Оно должно быть комплексным, и проводить его следует с учетом стадии развития флегмоны и возникших осложнений.  В начальной стадии развития межпальцевой флегмоны показаны новокаин-пенициллиновые блокады: 0,5%-ный раствор новокаина в дозе 80... 100 мл с 1... 1,5 млн ЕД антибиотика вводят в средней трети пясти (плюсны), кроме того, раствор можно вводить в межпальцевую клетчатку с пальмарной (плантарной) и с дорсальной сторон.  При комплексном лечении применяют охранительную новокаиново-антибиотиковую терапию (внутриартериальное введение новокаиново-антибиотиковых растворов либо циркулярная или межпальцевая инфильтрация тканей этими растворами).  После наложения жгута на область пясти (плюсны) и анестезии вскрывают флегмону, удаляют гной, обильно орошают полость флегмоны 3%-ным раствором перекиси водорода или 1%-ным раствором калия перманганата. Одновременно делают радикальную хирургическую обработку, предусматривающую возможно полное вскрытие гнойно-некротических очагов, иссечение некротизированных тканей, связок, сухожилий, а при некрозе костей — тщательный кюретаж.  Затем накладывают повязку с 10...20%-ным раствором натрия хлорида или с 2%-ным хлорацидом либо обильно засыпают рану сложным порошком по прописи М. В. Плахотина. После лечения рану покрывают стерильной марлевой салфеткой и накладывают защитную повязку. Перед наложением повязку рекомендуется пропитать дегтем или дегтярно-масляной смесью. Это придает ей антисептические свойства и препятствует всасыванию влаги из внешней среды.  Противосептическая и стимулирующая терапия заключается в применении антибиотиков, гексаметилентетрамина с кальция хлоридом, камфорной сыворотки по Кадыкову, аутогемотерапии. |
| Флегмона венчика | У животных отмечают хромоту опирающейся конечности. Возможно повышение температуры тела, пульс и дыхание учащены, животные много лежат, встают с трудом.  У крупного рогатого скота над роговой капсулой в области венчика нависает горячая болезненная припухлость, часто вследствие флегмоны развивается воспаление основы кожи венчика (коронит) со значительным отслоением рога и выходом гнойного экссудата наружу. Гнойный экссудат чаще густой, грязно-серого с зеленоватым оттенком цвета, с неприятным запахом. При хроническом течении процесса абсцессы могут не вскрываться, а вокруг них сильно разрастается соединительная ткань, и область II и III фаланг пальца бывает сильно увеличена в объеме. | В начальной стадии развития флегмоны на область венчика накладывают спиртовую высыхающую, спиртоихтиоловую повязки, делают циркулярные новокаиновые блокады с антибиотиками, внутривенные или внутриартериальные инъекции антибиотиков (тетрациклина гидрохлорид, тетраолеан до 1,5 г на голову в сутки на 5... 10%-ном растворе глюкозы, ежедневно 3...5 дней).  В дальнейшем созревшие абсцессы вскрывают, предварительно выполнив проводниковую анестезию и наложив жгут. Разрезы проводят в косогоризонтальном или горизонтальном направлении. В области венчика не следует делать вертикальных разрезов, так как они могут служить в дальнейшем причиной образования трещин. Удалив экссудат и мертвые ткани, рану промывают 3%-ным раствором перекиси водорода и припудривают антибиотиками либо накладывают салфетку, смоченную 30...40%-ным раствором димексида, в 1 мл которого содержится 5... 10 тыс. ЕД антибиотика тетрациклинового ряда. Повязки меняют через 3...4 сут. |
| Флегмона мякиша | Это заболевание характеризуется увеличением мякишей в объеме, их асимметрией, выравниванием межмякишной бороздки, сильной болезненностью при пальпации, повышением температуры тела, сильно выраженной хромотой опирающейся конечности. В покое животное опирается зацепом копыта пораженной конечности. В области мякиша локализуется болезненная припухлость, кожа покрасневшая, местная температура повышена. | Основная цель лечения — удалить гнойный экссудат. Копыто предварительно расковывают, нижний отдел конечности (до путового сустава) обрабатывают, проводя механическую очистку, выстригают волосы, обмывают и дезинфицируют. Обнаруженные абсцессы вскрывают, гнойные ходы расширяют по возможности до их слепого конца, после чего полость промывают 3%-ным раствором перекиси водорода; заполняют тампонами, пропитанными 30%-ным раствором димексида с тетрациклина гидрохлоридом (в 1 мл раствора должно содержаться 5...10 тыс. ед. антибиотика).  Животных содержат изолированно, в сухих помещениях. |
| Гнойно-некротическая язва | Больные животные больше лежат, с трудом встают, отмечается хромота опирающейся конечности. Температура тела нормальная, местная температура повышена. Чаще поражается одна тазовая конечность, реже две. Поверхность язвы мокнущая, грязно-серого цвета, края кожи утолщены, легко кровоточат. | Лечение проводят по следующей схеме: фиксируют животное в положении стоя и обмывают пораженную конечность теплой водой и затем выдерживают в индивидуальной ножной ванне с 1...3%-ным раствором калия перманганата в течение 5... 10 мин, при этом мертвые ткани окрашиваются в коричневый цвет;  - выполняют тщательную хирургическую обработку — ножницами и скальпелем удаляют омозолелые края язвы и мертвые ткани; дезинфицируют рану 3%-ным раствором перекиси водорода;  - наносят на рану лекарственные средства и накладывают защитную повязку, пропитанную дегтем.  В лечебных целях рекомендуется применять тонкий порошок калия перманганата в смеси с борной кислотой (1 : 1; 1 : 2), другие сложные порошки (Н. С. Островский, М. В. Плахотин).  Хорошие результаты дает применение 40%-ного раствора ди- мексида с антибиотиками и димексиддегтярного линимента (10 % дегтя, 20 % димексида и 70 % ланолина). Повязки меняют через 5...7 сут. |
| Болезнь Монтелларо | Болезнь характеризуется пятью основными признаками:  - отрастанием длинной шерсти;  - появлением красных, похожих на ягоды ежевики, изъязвлений;  - наличием гнойных выделений специфического неприятного запаха на ране;  -исключительной болезненностью (если дотронуться до места поражения, животное проявляет ярко выраженную защитную реакцию);  - животное наступает больной ногой на зацеп копытца, т. е. поднимает ногу, что можно видеть издалека.  Патологический процесс локализуется обычно в следующих местах:  - на плантарной (пальмарной) поверхности в области "пятки";  - между пальцами; спереди по периметру венчика;  - под рудиментарными пальцами;  - под роговой капсулой, где распространение патологического процесса наиболее опасно, так как в таких случаях выздоровление происходит очень медленно или практически невозможно. | Пораженное место следует вытереть насухо любым материалом одноразового пользования (например, бумажными полотенцами, туалетной бумагой и т. п.), опрыскать раствором тетрациклина с генцианом синим или аэрозолем ауреомицина дважды с интервалом 10 с, чтобы рана подсохла. Мелкие поражения исчезают в течение 1...2 нед, а более крупные, диаметром около 2...3 см, целесообразно снова обработать через 2...3 сут. Необходимо содержать животных в сухом месте.  Для профилактики болезни Монтелларо рекомендуются ножные ванны с линкомицином всему поголовью. Раствор для ванн готовят следующим образом: 64 г порошка линкомицина или 1 коробку порошка линкоспектина растворяют в 200 л воды. Этого количества достаточно для лечения примерно 300 коров. Профилактические ванны 2...3 раза в год дают 90... 100%-ный эффект (Э. И. Веремей). |
| Лимакс (тилома) | В начале заболевания в области межпальцевого свода обнаруживают ограниченный участок гиперплазии кожи величиной с боб, который обычно локализуется в переднем отделе межлальцевого свода. При выраженной клинической картине лимакс достигает величины грецкого ореха, разрастаясь в межпальцевом своде в пальмарном направлении. Если лимакс достигает максимальной величины, он опускается до уровня подошвенной поверхности копытец и распространяется на весь межпальцевый свод. При этом копытца чрезмерно расходятся, нарушаются функция опоры и механизм пальцев, возникает хромота. Быки-производители часто отказываются делать садку. В результате травмирования лимакса нередко отмечают острые воспалительные явления. Инфицирование сопровождается появлением вначале поверхностных гнойно-некротических очажков, а позже флегмонозным воспалением всей клетчатки межпальцевого свода. | Единственный способ лечения — оперативное удаление лимакса. После подготовки поля операции, анестезии и наложения жгута лимакс иссекают у основания клиновидным разрезом. После остановки кровотечения рану присыпают порошками антибиотиков или сульфаниламидных препаратов и накладывают давящую повязку. Чтобы предотвратить расхождение копытец, их сближают при помощи проволоки, проведенной через отверстия, просверленные в зацепной части копытец.  Консервативное лечение небольших поражений, не вызывающих хромоту, различными мазями, антисептическими растворами не дает положительного результата. |
| Болезни суставов пальца: раны копытного сустава  Вывих копытного сустава  Перелом копытной кости  Воспаление копытного сустава  Некроз и кариес копытной кости  Атрофия копытной кости | Наличие раны определяют по характерным клиническим признакам. В первые 2 сут после ранения температура тела остается нормальной. Хромота может отсутствовать, если не повреждены кости. Наиболее типичный признак проникающей раны сустава — выделение синовии — непостоянный и зависит от места и степени повреждения. Пассивные движения в суставе сопровождаются усилением выделения синовии.  У крупного рогатого скота раневое отверстие, особенно узкое, закупоривается фибриновым сгустком, и истечение синовии прекращается.  Если животное сильно хромает сразу после ранения, а при пассивных движениях ощущается костная крепитация, то это служит подозрением на нарушение целостности суставных концов костей. В этих случаях необходимо провести рентгенографию.  Травматический вывих сопровождается сильной хромотой опирающейся конечности. Ось пальца в копытном суставе надломлена вперед или в сторону. В момент опирания лишь подошвенный край латеральной или медиальной стенки копыта соприкасается с почвой, в то время как противоположная его часть приподнимается (разрыв коллатеральной связки). Кроме того, отмечается чрезмерная боковая подвижность сустава в сторону, противоположную разрыву. При смещении венечной кости вниз и назад конечность кажется несколько укороченной. В этих случаях животное опирается пяточными частями копыта. Зацепная часть подошвы резко приподнята над почвой. Зацепная стенка занимает положение, близкое к горизонтальному. Кроме того, наблюдается ненормальное свободное разгибание копытного сустава.  При вторичных (патологических) вывихах наряду с описанными выше признаками очевидны симптомы основного страдания (параартикулярная флегмона копытного сустава и др.). При рентгенографии наблюдается необычное расположение костей сустава.  Внезапно появляется хромота опирающейся конечности. Исследование пробными щипцами и перкуссия копыта сопровождаются болью. Если перелом внутрисуставной, то пунктат из копытного сустава имеет красноватый цвет.  Характер клинических признаков в каждом отдельном случае зависит прежде всего от стадии воспалительного процесса, а также от ряда других факторов (вирулентности микроорганизмов и т. д.).  Гнойный синовит у лошадей обычно сопровождается повышением температуры тела. При исследовании крови выявляют лейкоцитоз.  Больное животное в покое слегка опирается на зацепную часть копыта пораженной конечности, суставы пальца полусогнуты, выражена сильная хромота опирающейся конечности. Пульсация пальцевых артерий усиленная. В области переднего синовиального выворота копытного сустава (дорсальная часть венчика), а иногда и в пальмарной (плантарной) области мякиша появляется малозаметная или умеренная, слабоограниченная, напряженная, болезненная припухлость. В последующем она распространяется вверх до проксимальной трети II фаланги, а иногда циркулярно по всему венчику.  Кожа в границах припухлости обычно не имеет выраженных признаков воспалительного отека, что довольно типично для гнойного синовита. Пассивные движения сустава болезненные. Синовия мутная (примесь экссудата), серо-желтого, реже красновато-желтого цвета; если в норме в мазках синовии находятся единичные лимфоциты и в виде исключения — полибласты, то при гнойных синовитах в ней резко (на 70...95 %) увеличивается число лейкоцитов (преимущественно за счет сегментоядерных) и частично полибластов. Наряду с увеличением числа нейтрофилов отмечают их дегенерацию (набухание ядер, кариорексис, кариопикноз).  Микробы в мазках из синовии пораженного сустава часто отсутствуют. Наиболее ранним и типичным рентгенологическим симптомом гнойного синовита копытного сустава является изменение формы суставной щели (клиновидность) и несколько реже — расширение суставной щели, видимое на рентгенограмме.  Гнойный артрит сопровождается повышением температуры тела и сильной хромотой опирающейся конечности. Вокруг сустава по венчику заметно ограниченная напряженная, очень болезненная с повышенной местной температурой припухлость, которая обычно достигает венечного сустава. Кожа в области припухлости отечная. Пассивные движения сустава ограничены и очень болезненны. При дальнейшем течении болезни могут появляться абсцессы, которые локализуются обычно на венчике, мякише. После вскрытия абсцессов выделяется жидкий, тягучий, мутный экссудат с примесью синовии. Экссудат свертывается и образует в раневой полости или на повязке желеобразные сгустки.  При рентгенографии отмечаются периостальные наслоения, которые выявляются на 12...30-е сутки вблизи мест закрепления капсулярной связки на костях сустава. Наиболее часто их обнаруживают на дорсальной поверхности венечной кости и разгибательном отростке копытной кости.  Параартикулярная флегмона характеризуется тем, что отек тканей вокруг сустава распространяется на значительный участок. Припухание тканей напряженное, местами тестоватое, болезненное, с повышенной местной температурой. Оно обычно несколько выступает над роговой капсулой в виде валика и простирается проксимально до средней или верхней трети 1 фаланги. Кожа в области поражения отечная. Копытная кайма также нередко отекает, а ее рог становится влажным, мягким, легко отслаивается. В дальнейшем появляются абсцессы, гнойные свищи, а нередко и некроз отдельных участков основы кожи венчика, мякишных хрящей, связок, сухожилий, иногда происходит частичное отслоение копытного рога. В случае омертвения сухожилия глубокого сгибателя пальца у лошадей возможны такие осложнения, как разрыв названного сухожилия и подвывих копытной кости.  Гнойный остеоартрит может протекать остро и хронически. При остром течении наряду с повышением температуры тела, уменьшением или полным отсутствием аппетита обычно отмечают сильную хромоту опирающейся конечности. Пальцевые суставы полусогнуты, животные приподнимают пораженную конечность, удерживая ее на весу. Пульсация пальцевых артерий усиленная. В области пораженного сустава вначале появляются признаки параартикулярной флегмоны, и без рентгенографии или оперативной ревизии сустава обычно бывает трудно клинически различить эти формы артрита.  При хроническом течении гнойного остеоартрита клиническое проявление его постепенно изменяется. Температурная реакция часто принимает ремиттирующий характер. Однако хромота остается сильной, стойкой. Припухлость вокруг сустава постепенно прогрессирует, становится плотной, малоболезненной (пролиферация соединительной ткани) и распространяется почти на весь палец. Кожа в области поражения утолщена, уплотнена и нередко выступает над роговой капсулой в виде валика. В области поражения появляются гнойные свищевые язвы с отечными бугристыми грануляциями. Такой характер поражения, как правило, указывает на наличие остеомиелита.  Язвы носят рецидивирующий характер, т. е. зарубцевавшись в одном месте, они через некоторое время появляются в другом.  Пассивные движения сустава ограничены, умеренно болезненны. Однако при некрозе боковых связок, сухожилий подвижность сустава может стать аномальной. У отдельных животных при хронических гнойных остеоартритах нередко наблюдают подвывихи, вывихи и патологические переломы костей копытного сустава.  При рентгенографии отмечают расширение суставной щели, прогрессирующую деструкцию костной ткани, увеличение бахромчатых периостальных теней, которые при поражении копытного сустава распространяются не только на область И, но иногда и на область I фаланги. Наличие подвывихов, патологических переломов костей хорошо заметно при рентгенологическом исследовании.  Появляются постоянная хромота опирающейся конечности, характерные для пододерматитов изменения, свищи, выделяется экссудат со специфическим запахом. Иногда зондирование свищей дает основание заподозрить наличие секвестров.  Секвестр по мере его отторжения от фаланги исключается из кровообращения, процессы рассасывания и декальцинация на секвестр не распространяются. При наличии секвестров в зацепной части для ослабления болезненности животное переносит тяжесть тела на мякиши, усиленно продуцируется рог мякиша, что может привести к изменению постановки копыта, и лошадь перестает опираться на зацепные участки копыта. В таких случаях надо дифференцировать болезнь от некроза или разрыва сухожилия глубокого сгибателя пальца.  Признаки болезни выражены неясно. Можно наблюдать некоторое уменьшение всего копыта. При роговом столбике отмечают частичное расширение белой линии. | В свежих случаях при слабом истечении синовиальной жидкости и незначительном воспалительном отеке края раны очищают от загрязнений и смазывают 5%-ным спиртовым раствором йода. Если рана со стороны подошвы, то производят тщательную расчистку копытец.  При сильных повреждениях и большой ране следует провести хирургическую обработку и удалить все нежизнеспособные ткани.  В случае проникающих ранений полость копытного сустава и рану промывают 0,5%-ным раствором новокаина с антибиотиками путем артропункции с противоположной стороны сустава. Если рана сустава закрыта сгустками фибрина, то проводят механическую очистку кожи. В полость сустава вводят антибиотики на 0,5%-ном растворе новокаина. Во всех случаях на рану накладывают повязку с антисептическими порошками, а поверх нее — защитную повязку.  Под наркозом вытягивают сустав, вправляют смещенную кость (слышен щелкающий звук). Накладывают гипсовую или протезную повязку на весь палец, включая роговую стенку копыта. Животному показан покой в течение 2...3 нед. После снятия повязки назначают функциональную терапию, массаж, тепло.  Животному предоставляют покой. Накладывать иммобилизирующую повязку при переломе копытной кости необязательно. В целях профилактики развития воспалительного отека основы кожи копыта и остеомиелита рекомендуется применять препараты гидрокортизона и антибиотики, лечебные новокаиновые блокады.  При всех стадиях гнойного артрита больному животному предоставляют покой, обеспечивают его обильной сухой подстилкой, полноценными, витаминосодержащими, легкопереваримыми кормами.  В зависимости от показаний назначают общую противосептическую терапию (антибиотики, сульфаниламидные препараты, камфарную сыворотку по Кадыкову), общеукрепляющее (глюкоза, кальция хлорид, витаминотерапия) или симптоматическое (сердечные средства, гексаметилентетрамин, гепатопротекторы и др.) лечение.  Путем артропункции промывают сустав одним из вышеуказанных растворов и вводят в его полость антибиотики в 3...4 мл 0,5%-ного раствора новокаина.  Помимо этого при значительном скоплении гнойного экссудата в полости сустава (эмпиема сустава) проводят артротомию.  Если наряду с гнойным артритом копытного сустава развивается гнойное воспаление челночной бурсы, некроз сухожилия глубокого сгибателя пальца, делают нижнюю артротомию. Если этого нет, вскрывают передний синовиальный выворот.  Артротомия копытного сустава у лошади, как указывает Г. С. Кузнецов, может быть выполнена со стороны подошвы (нижняя) или со стороны боковой копытной стенки (верхняя).  Нижнюю артротомию копытного сустава выполняют следующим образом. Вначале проводят частичную резекцию сухожилия глубокого сгибателя пальца по изложенной ниже методике. Затем вскрывают сустав, рассекая копытно-челночную и капсулярную связки между копытной и челночной костями (рис. 2.6). Если челночная кость вовлечена в патологический процесс, то путем выскабливания основательно удаляют все ее измененные (порозные) участки.  Верхнюю артротомию копытного сустава обычно проводят на латеральной половине зацепной и прилежащей части боковой стенок копыта. Здесь удаляют рог до основы кожи в виде полулунной вырезки. Затем, отступив латерально на 1 см от середины сухожилия общего (длинного) разгибателя пальца, непосредственно над роговой каймой делают небольшой косогоризонтальный (сверху вниз и спереди назад) разрез длиной не более 1 см. Рассекают кожу, капсулярную связку и вскрывают передний синовиальный выворот. В полученный разрез вводят пуговчатый скальпель и, ориентируясь по суставной щели, увеличивают рану до 2 см.  После окончания артротомии выполняют пункцию сустава и промывают его полость (пока из раны не появится жидкость без примеси экссудата), вводят в суставную полость антибиотики в 0,25...0,5%-ном растворе новокаина. Накладывают повязку.  При параартикулярной флегмоне как можно раньше истончают рог вблизи пораженных участков или удаляют его, если он отслоен. Вскрывают абсцессы, ликвидируют затеки, иссекают все мертвые ткани. При наличии признаков поражения сустава делают артротомию.  При гнойном остеоартрите копытного сустава лечат только особо ценных лошадей. Для этого вскрывают абсцессы, иссекают мертвые ткани и отслоившийся рог, ликвидируют затеки. Выполняют широкую артротомию. Удаляют из полости сустава сгустки крови, фибрина, тканевые секвестры. Проводят кюретаж пораженных участков кости. Промывают сустав, в полость его вводят антибиотики в 0,25...0,5%-ном растворе новокаина. Накладывают повязку.  В послеоперационный период у животных применяют указанное выше противосептическое, общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Перевязки операционной раны проводят в зависимости от показаний.  Больным лошадям после заживления раны с целью предупредить тугоподвижность или анкилоз сустава назначают ежедневные проводки, начиная с 3...5 мин и постепенно увеличивая их продолжительность. На область венчика и копыта пораженной конечности ежедневно (в течение 5... 10 сут) применяют парафиновые аппликации (температура 60...65 °С) или горячую (40...45 °С) глину.  Применяют только оперативное лечение. Некоторые авторы рекомендуют делать ампутацию пальца. При внесуставных поражениях можно ограничиться резекцией всего отслоившегося рога, иссечением мертвых тканей, удалением кусочков кости (секвестров), тщательным юоретажем с последующим лечением путем наложения защитной повязки с антисептическим порошком. Продолжительность лечения при этом способе несколько больше, чем при ампутации пальца.  Некротизированные участки кожи удаляют. На операционную рану наносят порошки, обладающие антисептическим свойством, или антибиотики пролонгированного действия.  Животных с признаками атрофии копытной кости не лечат, их выбраковывают. |
| Болезни сухожилий пальца и слизистой сумки: некроз сухожилия глубокого сгибателя пальца  Воспаление общего сухожильного влагалища в области пальца  Тендогенная контрактура фаланговых суставов | При пассивном разгибании копытного сустава так же, как при разрыве сухожилия, не ощущается сопротивления. При опирании конечности зацепная часть больного копыта приподнимается над почвой.  При остром течении асептического тендовагинита наблюдают смешанную хромоту. В покое животное держит конечность полусогнутой. Горячая, болезненная припухлость по ходу сухожильного влагалища четко выражена в проксимальном отделе над сесамовидными костями. В ограниченной степени она вырисовывается в дистальном отделе полости. Наполнение полости экссудатом, определяемое пальпаторно (флюктуация), легко установить бимануально при перемещении экссудата сверху вниз и обратно.  Гидродинамическое давление обусловливает повышенную утомляемость и стремление животного освободить от нагрузки больную конечность.  Тендовагинит, возникающий в связи с частичным разрывом сухожилий сгибателей пальца, сопровождается глубокими функциональными нарушениями (контрактура). В этом случае по ходу сухожильного влагалища обнаруживают узлы уплотнения пролиферированной соединительной ткани.  Гнойный тендовагинит сопровождается местными и общими симптомами тяжелопротекающей инфекции и часто осложняется гнойным воспалением путового и венечного суставов.  Помимо характерного положения суставов пальца на шагу пораженная конечность поднимается меньше, чем в норме, в момент опоры путовой сустав толчкообразно выдвигается вперед. Пальпаторно обнаруживают увеличение в объеме, уплотнение, бугристость добавочной сухожильной головки глубокого сгибателя пальца. Длительное существование контрактуры сопровождается образованием торцового копыта. Вследствие постоянного напряжения общий разгибатель пальца утолщается на уровне путового сустава, а в участке его прикрепления к венечному отростку копытной кости разрастается надкостница. При контрактуре высокой степени, когда путовая кость поставлена косо, сверху вниз и назад, хрящефаланговая связка постоянно напряжена, развивается хронический оссифицирующий периостит в участке ее прикрепления к путовой кости, где с обеих сторон ее пальмарной поверхности формируется типичный экзостоз. Опираясь зацепной частью копыта, животное часто спотыкается. | Для ценных животных можно рекомендовать резекцию сухожилия глубокого сгибателя пальца.  Применяют рассасывающие средства (компресс, раздражающие мази, парафиновые ванны, прижигание). Рационально сочетать их с циркулярной новокаиновой блокадой и введением гидрокортизона с новокаином в полость сухожильного влагалища и последующим наложением равномерно давящей, иммобилизирующей повязки. Механизм действия такой повязки заключается в следующем: в иммобилизированных синовиальных полостях возникает гиперемия высокой степени, что ускоряет рассасывание экссудата.  Гнойное воспаление в начале развития процесса хорошо поддается лечению. Очаг нагноения вскрывают. Обычно рекомендуют рассекать дистальный выворот влагалища, поскольку гнойный экссудат выделяется книзу. Учитывая анатомо-функциональные особенности сухожильного влагалища, в котором содержимое течет вверх в наиболее вместительный проксимальный выворот, есть основания полагать, что в нем в большом количестве скапливается патогенная микрофлора. Это подтверждается клиническими данными.  Учитывая механизм перемещения содержимого полости в направлении лимфотока, наивысшую степень проявления воспалительной реакции в ее надсесамовидном отделе, закономерность самопроизвольного прорыва экссудата именно в этом месте, а также исход заболевания при длительном воздействии на возбудителей гнойного процесса в месте их скопления, рационально в начале течения гнойного тендовагинита разрез проводить в проксимальном отделе полости. Позднее, когда завершается распад синовиального покрова и сухожильное влагалище превращается в простую по структуре гнойную полость, экссудат перемещается в дистальный отдел, поэтому в этом месте требуется сделать дополнительный разрез.  У лошадей хорошие результаты дает тенотомия сухожилия глубокого сгибателя пальца. |

Задание 2. Решить клинические задачи.

2.1. При расчистке копытца в середине подошвы и мякиша обнаружены красные пятна. Уточните их происхождение и диагноз, составьте план лечебных мероприятий.

Диагноз: болезнь Монтелларо

Происхождение: Borrelia bumgdorferi, которая вызывает болезнь Лайма у человека.

Лечение: Пораженное место следует вытереть насухо любым материалом одноразового пользования (например, бумажными полотенцами, туалетной бумагой и т. п.), опрыскать раствором тетрациклина с генцианом синим или аэрозолем ауреомицина дважды с интервалом 10 с, чтобы рана подсохла. Мелкие поражения исчезают в течение 1...2 нед, а более крупные, диаметром около 2...3 см, целесообразно снова обработать через 2...3 сут. Необходимо содержать животных в сухом месте.

2.2. При расчистке боковой бороздки стрелки заметны следы раневого канала, из которого просачивается небольшое количество густого гнойного экссудата. Установите диагноз и разработайте лечение.

Диагноз: рана подошвы

Лечение: После расчистки копыта и извлечения инородного тела (если его обнаружили) в раневом канале иссекают поврежденные и мертвые ткани, которые при обработке 1%-ным раствором калия перманганата окрашиваются в коричневый цвет и хорошо видны, и вводят в него раствор йода, йодоформный эфир, антибиотики (в растворе или порошке) и накладывают повязку, пропитанную дегтем. Повязки меняют в зависимости от течения раневого процесса. У лошадей для удержания тампонов в ране и повязки используют круглую подкову с металлической пластинкой (дном), которую фиксируют винтовыми шипами.

2.3. У бычка производителя ткани венчика плотные, малоболезненные, имеется свищевой канал, из которого во время промывания выделяются хлопья гнойно-фибринозного экссудата. Врач диагностировал флегмону венчика, но лечение в течение недели не дало желаемых результатов. Почему лечение оказалось малоэффективеным? Как исправить?

Не правильно поставлен диагноз. В данном случае пододерматит подошвенной поверхности.

Лечение: В течение 2...3 сут рекомендуется внутривенно вводить 0,25%-ный раствор новокаина в дозе 2 мл/кг массы тела животного, 10%-ный раствор кальция хлорида в дозе 100...150 мл для купирования асептического воспаления.

Задание 3. Ответить письменно на вопросы:

1. Чем опасна рана венчика?

Исходы при ранах венчика различны и соответствуют характеру повреждения венчика. Поверхностные ссадины заживают быстро и без осложнений. Неглубокие раны тоже чаще оканчиваются выздоровлением, но иногда осложняются гнойным воспалением подкожной клетчатки — флегмоной.

2. Принцип лечения ран венчика.

После туалета раны ее поверхность и окружающие участки осушают тампоном и смазывают спиртовым раствором йода. При поверхностных повреждениях ограничиваются наложением повязки.

При глубоких ранах после обезболивания и наложения жгута проводят хирургическую обработку - рассекают раневой канал, удаляют мертвые ткани, обеспечивают сток для экссудата. Поверхность раны орошают растворами антибиотиков или припудривают антибиотиками, трициллином. Накладывают стерильную повязку. Повязку можно наложить с любой не раздражающей мазью (мазь Вишневского, Конькова, линимент Павловского - спиртовой раствор йода 8-10 г, ихтиол 6-8 г, глицерин 100 г). Если в последующем у животного не усиливается хромота, припухлость, то повязку меняют на 6-7-й день.

3. Стадии развития флегмоны.

Воспалительный процесс развивается стадийно: вначале подкожная рыхлая клетчатка пропитывается серозно-геморрагическим экссудатом; затем увеличивается число лейкоцитов, количество продуктов жизнедеятельности микроорганизмов и распада тканей; формируются очаги размягчения (абсцессы), и гнойная масса прорывается наружу.

4. Схема лечения флегмоны с учетом стадии ее развития.

В начальной стадии развития флегмоны на область венчика накладывают спиртовую высыхающую, спиртоихтиоловую повязки, делают циркулярные новокаиновые блокады с антибиотиками, внутривенные или внутриартериальные инъекции антибиотиков (тетрациклина гидрохлорид, тетраолеан до 1,5 г на голову в сутки на 5... 10%-ном растворе глюкозы, ежедневно 3...5 дней).

В дальнейшем созревшие абсцессы вскрывают, предварительно выполнив проводниковую анестезию и наложив жгут. Разрезы проводят в косогоризонтальном или горизонтальном направлении. В области венчика не следует делать вертикальных разрезов, так как они могут служить в дальнейшем причиной образования трещин. Удалив экссудат и мертвые ткани, рану промывают 3%-ным раствором перекиси водорода и припудривают антибиотиками либо накладывают салфетку, смоченную 30...40%-ным раствором димексида, в 1 мл которого содержится 5... 10 тыс. ЕД антибиотика тетрациклинового ряда. Повязки меняют через 3...4 сут.

5. Принципы лечения язв.

Прежде всего необходимо больное животное перевести в помещение с сухим полом и мягкой подстилкой, затем тщательно произвести механическую очистку в окружности язвы и удалить с ее поверхности инородные тела и омертвевшие ткани. Из лекарственных веществ применяют очень много различных препаратов и их смесей. Если при язве в области венчика и мякишей превалируют гнойно-некротические процессы, то рекомендуется накладывать повязки с мелким порошком—пудрой перманганата калия с борной кислотой (1 :2 или 1 : 5) с последующим наложением повязки на 5—6 дней (Н. С. Островский).

При наличии анаэробной инфекции рекомендуют наносить на место поражения салицилат натрия, что способствует отторжению омертвевших тканей.

Некоторые авторы рекомендуют применять эмульсию Костко, приготовленную по прописи: 01. Terebinthini, 01. jecoris Aselli aa~ 100,0, Sol. jodi spirituosae 10%—20,0. Увлажненную эмульсией салфетку фиксируют повязкой к пораженному участку. Применяют также препарат АСД (2-ю и 3-ю фракции) в форме мазей, фурацилин и другие антисептические средства.

Кроме перечисленных выше средств, для лечения язв можно применять новокаин-пенициллиновую циркулярную блокаду или интраартериальные инъекции раствора новокаина с антибиотиками.

При образовании фунгозной язвы делают прижигание или удаляют ее оперативным путем.

6. Характерные признаки болезни Монтелларо.

Болезнь характеризуется пятью основными признаками:

- отрастанием длинной шерсти;

- появлением красных, похожих на ягоды ежевики, изъязвлений;

- наличием гнойных выделений специфического неприятного запаха на ране;

- исключительной болезненностью (если дотронуться до места поражения, животное проявляет ярко выраженную защитную реакцию);

- животное наступает больной ногой на зацеп копытца, т. е. поднимает ногу, что можно видеть издалека.

Патологический процесс локализуется обычно в следующих местах:на плантарной (пальмарной) поверхности в области "пятки"; между пальцами; спереди по периметру венчика; под рудиментарными пальцами; под роговой капсулой, где распространение патологического процесса наиболее опасно, так как в таких случаях выздоровление происходит очень медленно или практически невозможно.

7. Этиология и лечение тиломы.

Этиология. Существует мнение (П. Гринаф и др.), что данное заболевание может иметь наследственный характер. У быков, имеющих слабый сухожильно-связочный аппарат (особенно крестовидной связки) и сильное разведение пальцев, отмечают утолщение кожи свода межпальцевой щели.

Толчком к развитию гиперплазии кожи могут быть также хронические асептические (реже септические) корониты и пододерматиты, развивающиеся при содержании скота на твердых и щелевых полах. На фоне хронического воспаления основа кожи свода межпальцевой щели и производящий слой эпидермиса обильно инфильтрируются клеточными элементами, у которых развивается сенсибилизация к кератогиалину, предшественнику белка кератина.

Лечение. Единственный способ лечения — оперативное удаление лимакса. После подготовки поля операции, анестезии и наложения жгута лимакс иссекают у основания клиновидным разрезом. После остановки кровотечения рану присыпают порошками антибиотиков или сульфаниламидных препаратов и накладывают давящую повязку. Чтобы предотвратить расхождение копытец, их сближают при помощи проволоки, проведенной через отверстия, просверленные в зацепной части копытец. Консервативное лечение небольших поражений, не вызывающих хромоту, различными мазями, антисептическими растворами не дает положительного результата.