

Г. С. МАСТЫКО,
Е. М. БАГРИНОВСКАЯ

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНОМ ПОДОТРОХЛЕИТЕ У ЛОШАДЕЙ

Гнойное воспаление челночного блока у лошадей, как правило, возникает вследствие осложнения глубоких колотых ранений стрелки. При сравнительно неглубоких ранениях воспалительный процесс ограничивается сухожилием и тканями пальцевого мякиша по ходу раневого канала. Но при несвоевременном лечении или затрудненном оттоке экссудата воспалительный процесс может перейти на стенку челночной сумки, и тогда наблюдается воспаление всего блока.

При проникающих в челночную сумку ранениях развивается слизисто-гнойное воспаление сумки, а в последующем и некроз сухожилия глубокого сгибателя пальца. Степень некроза зависит от длительности воспалительного процесса. Ограниченный некроз сухожилия может быть обнаружен только в первые дни после ранения или в тех случаях, когда благодаря широкому раневому каналу обеспечивается свободное отделение экссудата.

Клиническим симптомом ранения челночной сумки является истечение синовиальной жидкости. Но этот признак не всегда можно обнаружить, так как свободный сток жидкости и экссудата затруднен наличием эластического рога и толстого пласта тканей мякиша (стрелки), в связи с чем дифференцировать характер ранения и степень повреждения челночного блока по клиническим признакам весьма трудно.

Единственным методом лечения при гнойном подотрохлеите является операция, которой достигается удале-

ние поврежденных тканей и обеспечивается достаточный сток воспалительного экссудата.

При повреждении челночного блока предложены операции с частичным или полным удалением стрелки. Частичное иссечение стрелки и сухожилия рекомендуется только при свежих ранениях (Кадио, Тарасевич, Иванов и др.). Полное иссечение тканей стрелки в виде треугольника, иссечение поврежденного сухожилия глубокого сгибателя пальца и вскрытие челночной сумки рекомендуется при гнойно-некротическом воспалении этих тканей (Иванов, Кревер, Чубарь, Кузнецов). Для подхода к челночному блоку Н. З. Немировский (1949) предложил линейный разрез по среднестрелочной борозде. Этот метод рекомендуют С. Н. Кревер и В. К. Чубарь при свежих формах подотрохлеита.

В руководствах по ортопедии и специальной литературе не учитывается того, что повреждение тканей челночного блока может быть не только при уколах средней борозды стрелки, но и при ранениях боковых бороздок.

Единого мнения по оперативному лечению при гнойных подотрохлеитах нет, что затрудняет выбор оперативного доступа. Существующий классический оперативный доступ к челночному блоку с иссечением ткани стрелки в виде треугольника не всегда соответствует оперативному приему. Иссечение стрелки создает гораздо большую травму, чем иссечение части сухожилия и вскрытие челночной сумки. Кроме того, в результате такой операции удлиняется срок послеоперационного лечения. Как указывает С. Н. Кревер, дефект стрелки восполняется только через полтора месяца, а полностью стрелка восстанавливается через три-четыре месяца.

В. К. Чубарь отмечает, что резекция трех четвертей стрелки ведет к образованию рубцовой ткани и к нарушению механизма копыта. Он рекомендует иссекать не более половины стрелки. П. Кадио также рекомендует сводить операцию к минимальному удалению тканей стрелки.

Учитывая вышеизложенное, мы пришли к заключению, что оперативный доступ должен быть по ходу раневого канала. На опыте работы нашей клиники мы убедились, что правильный выбор оперативного доступа имеет решающее значение в ходе операции и сроках выздоровления. Нами проведены операции у 22 лошадей,

больных гнойным травматическим подотрохлеитом, с доступом по ходу раневого канала, причем в двух случаях подотрохлеит имел флегмонозный характер с некрозом сухожилия и стенки сумки, в одном случае, кроме подотрохлеита, был гнойный синовит копытного сустава.

Оперативный доступ заключался в следующем. Во-

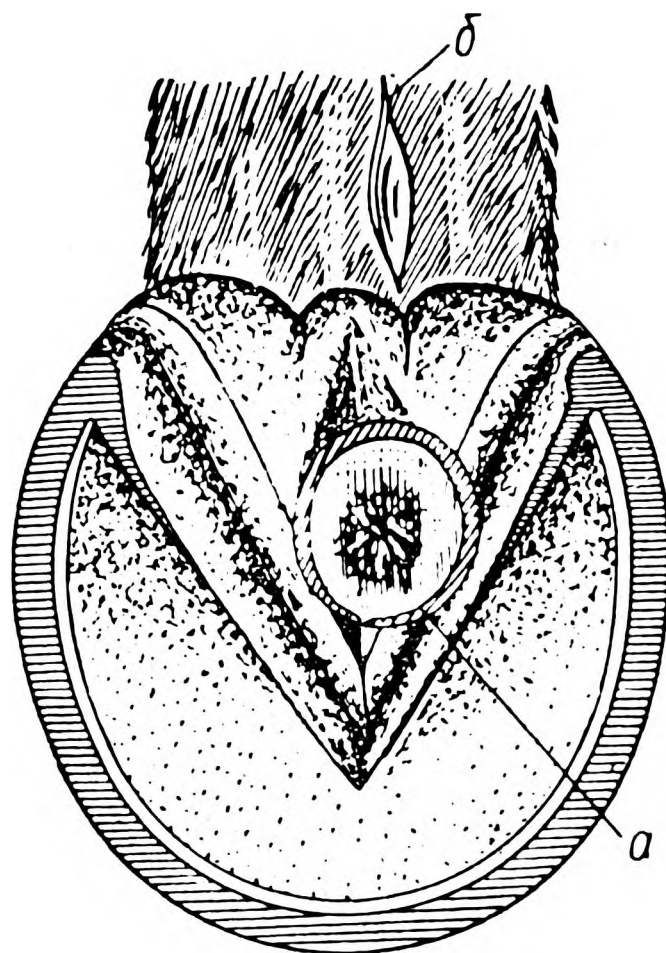


Рис. 1. Операция при гнойном подотрохлеите:

a — доступ к сухожилию; *б* — контрапертурное отверстие.

круг колотого раневого канала производилось кругло-овальное воронкообразное иссечение тканей стрелки до места поражения сухожилия (рис. 1а). Дальнейший ход операции обусловлен степенью поражения челночного блока. Если при подходе к сухожилию глубокого сгибателя обнаруживается, что ранение сухожилия не проникает в полость сумки и явлений бурсита нет, то оперативный прием заключается в частичном иссечении сухожилия, без проникновения в сумку. Если же при подходе

к сухожилию обнаруживалось проникающее ранение в полость сумки с явлениями гнойного бурсита, площадь иссечения стрелки расширялась, чтобы улучшить доступ к сухожилию, проводилась резекция сухожилия и вскрытие полости сумки.

Таким образом, оперативный доступ по ходу раневого канала с частичным иссечением ткани стрелки как бы соединяет оперативный доступ и оперативный прием в одно целое. Объем резекций стрелки определяется степенью поражения блока, а это можно определить только при подходе к сухожилию.

В тех случаях, когда некроз сухожилия распространялся выше челночного блока, что определялось при оперативном доступе, а также по наличию припухлости, инфильтрации или абсцесса с волярной (плантарной) поверхности фаланг, по ходу сухожилия делали контр-апертурный разрез. Место разреза уточнялось путем введения по ходу сухожилия желобоватого зонда или корнцанга. Разрез делали продольный по отношению фаланг (3—4 см) и соединяли с ним подошвенное отверстие (рис. 16). В рану вводили сквозной дренаж и накладывали повязку.

После резекции некротизированной части сухожилия и вскрытия челночной сумки тщательно удалялся экссудат, раны просушивали тампонами и припудривали по всей поверхности порошком стрептоцида с пенициллином, тампонировали и накладывали повязку на семь-восемь дней.

В последнее время для обработки операционных ран мы применяем спиртово-водный раствор биомицина (20 г спирта, 100 г дистиллированной воды и 1—2 г биомицина) или 2—3%-ную эмульсию биомицина на рыбьем жире. Как обнаружилось, биомицин полностью предупреждает развитие нагноения и обеспечивает быстрое заживление послеоперационной раны. Обработка биомицином дает лучшие результаты, чем припудривание порошком стрептоцида с пенициллином.

После операции раны выполнялись грануляцией в течение трех-четырех недель. Если после выполнения раны грануляциями наблюдалась хромота, мы делали три-четыре ножные ванны ($T = 38 - 40^{\circ}$) с экспозицией 35—40 минут и проводку.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее простым и менее всего травмирующим стрелку является оперативный доступ по ходу укола в форме овала с иссечением ткани стрелки в зависимости от степени поражения блока.

2. При некрозе сухожилия выше блока необходимо делать контрапертурный разрез в области фаланг пальца с проведением марлевого дренажа.

3. Обработка операционной раны раствором или эмульсией биомицина дает лучшие результаты, чем припудривание стрептоцидом с пенициллином.

ЛИТЕРАТУРА

- Кадио П. 1929. Оперативная хирургия.
Иванов Н. А. 1937. Ветеринарная ортопедия.
Чубарь В. К. 1951. Оперативная хирургия домашних животных.
Кревер С. Н. 1954. Подковывание и болезни копыт.
Кузнецов Г. С. 1957. Заболевания копыт сельскохозяйственных животных.